
ROYAL COLLEGE
LIBRARY

DE LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

DU

MÉCANISME DES PRÉSENTATIONS NATURELLES

ET DES

PRÉSENTATIONS VICIEUSES DU FŒTUS

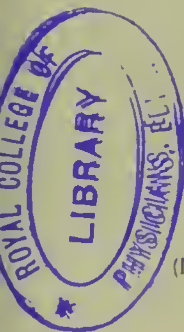
ET DE

L'EXPLORATION DE L'ABDOMEN

PAR

le docteur Eugène HUBERT,
Professeur à l'Université catholique de Louvain,
Correspondant de l'Académie et de la Société medico-chirurgicale de Liége.

Non vi, sed arte.



(Extrait des *Mémoires couronnés et autres Mémoires*, publiés par l'Académie royale de médecine de Belgique.)

BRUXELLES,
LIBRAIRIE H. MANCEAUX,
IMPRIMEUR DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE.
Rue des Trois-Têtes, 12 (Montagne de la Cour).

1880

DE LA VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES, DU MÉCANISME DES PRÉSENTATIONS NATURELLES ET DES PRÉSENTATIONS VICIEUSES DU FŒTUS, ET DE L'EXPLORATION DE L'ABDOMEN.

Des écrits récents viennent de donner à la *version par manœuvres externes*, plongée si longtemps dans l'indifférence et l'oubli, l'intérêt de l'actualité. Au moment où l'on semble vouloir enfin s'occuper sérieusement d'une opération que mon père pratiquait et conseillait déjà, il y a 40 ans, il me paraît opportun de publier les enseignements qu'il a laissés.

Pour embrasser le sujet dans son ensemble, avant de décrire la version externe, je me propose de traiter de l'*exploration du ventre*; *d'exposer les lois qui régissent les présentations naturelles ou vicieuses* du fœtus, et de tracer, à grands traits, *l'historique* de toutes ces questions.

I. — HISTORIQUE.

Les grands progrès scientifiques n'éclosent pas souvent tout d'une pièce du cerveau humain, et telle idée, que nous voyons aujourd'hui dans son complet épanouissement, comme certaines graines enfouies dans les pyramides d'Égypte, a sommeillé pendant des siècles avant de recevoir la goutte d'eau et le rayon de soleil qui font germer.

L'enfant peut être non seulement reconnu dans le sein de sa mère, à travers ses enveloppes abdominales et utérines, par une main exercée; mais encore il peut être déplacé par elle.

Je vais montrer brièvement combien de temps il a fallu pour que ce fait fût admis et ses conséquences pratiques acceptées par le monde savant. Je ne séparerai pas dans ce rapide exposé l'histoire de la version externe de celle du palper adominal, car l'idée de corriger, par des manipulations extérieures, les présentations vicieuses du fœtus, n'a pu venir qu'à un praticien auquel un long apprentissage de la palpation, avais mis, pour ainsi dire, des yeux au bout des doigts. Je ne remonterai pas, avec certains auteurs, au déluge ou à l'ancêtre commun de l'espèce humaine; mais je dois m'arrêter un instant au père de la médecine qui, par ses échappées de génie dans l'avenir, est presque de notre temps. Hippocrate a entrevu la possibilité de changer par des manœuvres externes la présentation anormale de l'enfant; mais on ignore si les *sternutatoires* ou le *lit à secousses* lui ont jamais rendu, en obstétrique, les services qu'il leur demandait. Ces procédés primitifs paraissent cependant avoir été employés, sinon avec beaucoup de succès, du moins avec une certaine énergie; car « la femme » de Simus, ayant été secouée pendant l'accouchement, il » lui survint de la douleur à la poitrine, et elle mourut » quelques mois après (1). » Pour l'honneur de ces temps lointains, j'aime à me persuader que l'accident arrivé à « la femme de Simus » n'aura pas peu contribué à faire tomber la *succussion hippocratique* dans le discrédit.

Albucasis, au XII[e] siècle, conseille aux sages-femmes de

(1) 5[e] Livre des épidémies, § 105.

presser fortement le ventre aux femmes qui accouchent difficilement; et, en 1580, Jacques Rueff (1) leur donne le même conseil : il les engage à *repousser l'enfant dans l'utérus* et à lui procurer un autre mode de présentation :

« *Supina*, dit-il, *in lecto reclinabit se parturiens, sublimi-*
» *oribus natibus ; quo facto obstetrix ventrem ipsius præcor-*
» *dia versus mediocriter stringet, ut in uterum infantem ipsius*
» *repellat, et alia forma prodeundi occasionem ministrat* ».

Au XVIIe siècle, Saint-Germain écrit : « On fera coucher
» la femme la teste basse et les pieds fort hauts, et avec la
» main, on pressera le ventre de la femme et l'on repous-
» sera l'enfant dedans la matrice, afin qu'il y prenne une
» figure naturelle (2). ».

En 1785, Goubelly a une vue beaucoup plus nette de l'exploration et de la manœuvre, et il en parle dans des termes fort précis. « Le 7, 8, 9 mars suivant, écrit-il,
» ayant touché la dame, je reconnais que le fœtus, qui
» avait été oblique, avait repris sa position parallèle à l'axe
» de l'utérus. Je distinguais aisément la tête vers le fond
» de la matrice et le siége vers le bas-fond. La capacité de
» la matrice me parut suffisante pour solliciter et faire faire
» au fœtus la culbute à travers les parois du bas-ventre et
» celle de la matrice, suivant le procédé qui *m'avait déjà*
» *réussi plusieurs fois*. Je parvins bien à déprimer la tête,
» à soulever les fesses, à mettre le tronc en travers....., mais
» il me fut impossible de mettre la tête sur l'orifice (3). »
— Notons, en passant, qu'il ne s'agit pas ici de ramener au détroit supérieur l'extrémité fœtale qui s'en trouve la moins

(1) *De conceptu et generatione hominis*. Francfort ad Mænum, 1580.
(2) *L'eschole méthodique et parfaite des sages-femmes*. Paris, 1650.
(3) *Connaissances nécessaires sur la grossesse, etc* , 2 vol. Paris, 1785.

écartée, mais bien de faire exécuter à l'enfant une *inversion* complète.

Quelques années plus tard, Geheler (1) affirme qu'en procédant avec attention, il est possible de reconnaître, en appliquant une main sur le ventre, tantôt quelque chose de large, tantôt quelque chose de rond comme la tête, tantôt quelque chose d'étroit et d'anguleux, un membre, une main, un pied : « *Sæpe satis accuratè discernere possumus,* » *cum modo latum quid, modo rotundum et capite æquale,* » *modo tenue et angustum membrum, manum, pedemque...* ».

Au commencement de ce siècle, de 1802 à 1812, Wigand, de Hambourg, publia des écrits consacrés au palper abdominal et à la mutation de la présentation de l'enfant « par la position donnée à la femme en travail, et » par des pressions externes, faites à dessein et avec me- » sure sur le ventre et sur la matrice. » A partir de cette époque, les ouvrages des auteurs allemands, sans cependant paraître y attacher une grande importance, font mention de l'exploration et de l'opération nouvelles. Nous citerons, entre tous, Hohl (2), qui décrivit le mieux les services que l'on peut demander au palper abdominal. L'enseignement du professeur de Hombourg, cependant, ne paraît pas avoir porté de fruits pratiques, même en Allemagne, puisque, en 1836, dans un relevé de 376,514 naissances, et de 4,026 versions ordinaires, Gottschalk (3) ne mentionne encore que deux versions externes pratiquées, l'une par Schilling, l'autre par D'Outrepont.

On pourrait s'étonner du peu d'enthousiasme avec lequel

(1) *De situ fœtus in utero.*
(2) *Die geburtshülfliche Exploration.* Halle, 1834, 2 vol.
(3) *Dissertatio inauguralis.* Bonn, 1836.

cette opération, si inoffensive et si simple, a été accueillie par les praticiens de cette époque, si celui qui la conseillait le premier ne l'avait conseillée dans des conditions qui devaient nécessairement la faire échouer le plus souvent, et ne lui avait trouvé tant de contre-indications qu'elle en devenait presque inutile.

Mon père, qui n'entendait pas l'allemand, connut seulement les travaux de Wigand, par la traduction qu'en fit Hergott, de Strasbourg, en 1857 ; il n'a rien emprunté en Allemagne. A-t-il pu emprunter davantage en France? Consultons, pour savoir ce que la science française pouvait donner, ses deux représentants officiels les plus éminents de l'époque.

Velpeau (*Traité complet de l'art des accouchements*, Bruxelles, 1835, 2 vol.), tout en reconnaissant que « l'exploration abdominale est un excellent moyen de constater » la grossesse; qu'elle doit compter en première ligne » parmi les moyens de diagnostic (1)... » s'empresse d'ajouter toutefois « qu'elle n'est pas applicable à tous les » cas...; » et il n'indique pas comment il convient de la pratiquer pour lui faire déceler la présentation et la position de l'enfant. — Nous citons en entier l'article qu'il consacre aux *manipulations extérieures* (2).

« En parlant de la version céphalique, Wigand dit qu'on » parvient souvent à l'opérer sans porter la main dans les » organes génitaux. Il veut qu'en agissant sur l'utérus à » travers les parois abdominales, et en s'aidant de la position de la femme, on puisse ramener la tête au détroit » supérieur. Avant de connaître la doctrine du professeur

(1) Tome I, p. 150.
(2) Tome II, p. 592.

» allemand, j'avais déjà suivi ce précepte, et j'ai reconnu » qu'en s'y conformant il est quelquefois possible, en effet, » de redonner au vertex sa position naturelle. Je l'ai em- » ployé deux fois depuis, avec succès, avant la rupture des » membranes. Mais je ne pense pas que cette manœuvre » soit jamais d'un grand secours quand les eaux sont écou- » lées depuis longtemps, et la matrice fortement resserrée » sur l'enfant. On réussit alors, comme on le faisait du » temps d'Hippocrate, en variant la position de la femme » et en lui imprimant des secousses. Rhodion, qui conseille » de retourner l'enfant en repoussant le côté du ventre, ou » de mettre la femme à l'envers, agissait évidemment d'après » la même idée. Il devait en être de même des pratiques » invoquées par Sennert, qui veut qu'on presse la matrice, » qu'on roule, qu'on prenne la femme par les pieds pour » la secouer, et du massage employé en Russie par le vul- » gaire. C'est encore ainsi que Buchanan est parvenu à » changer une position du bras, en faisant mettre la femme » sur les genoux avant la sortie des eaux.

» *Sans trop compter sur sa valeur,* c'est donc une res- » source à ne pas négliger dans certains cas, d'autant mieux » que Riecke lui attribue plusieurs exemples nouveaux de » succès. »

Moreau, professeur d'obstétrique à la faculté de méde- cine de Paris, dans son *Traité pratique des accouchements*, paru en 1838, écrit (1) : « L'exploration abdominale, » comme complément du toucher proprement dit, est indis- » pensable toutes les fois qu'il s'agit *d'apprécier le volume*

(1) Tome I, p. 526. — Nous avons appris par l'ouvrage de M. Pinard que Vulfranc Gerdy, en 1877, a défendu une thèse sur la version externe, et qu'en 1841, Lecorché Colombe a écrit un mémoire sur le même sujet; nous ne connaissons ni l'un ni l'autre de ces travaux.

» *de l'utérus, le terme de la grossesse*, une maladie qui » affecte l'un des organes contenus dans le bassin... » Mais, à cette exploration indispensable, il ne demande aucun renseignement relatif à la présentation de l'enfant, et, quelques lignes plus haut, il déclare qu'elle est « insuffisante, » sans l'exploration vaginale, pour établir un diagnostic » incontestable, certain de la grossesse. »

Quant à la version par manœuvres externes, Moreau ne paraît pas l'avoir connue, même de réputation.

En 1836 donc, on ne signalait en Allemagne que deux versions externes, et en 1838, en France, l'ouvrage classique de Moreau ne cite pas même le nom de l'opération.

En Belgique, dès 1837, le professeur L.-J. Hubert, de Louvain, enseignait à ses élèves la manière de pratiquer l'exploration abdominale que le professeur de Paris déclarait « insuffisante pour établir un diagnostic certain de grossesse, » et, plus affirmatif, plus précis et plus complet qu'on ne l'avait été avant lui, il disait : *Le palper nous sert à constater, avec précision : le degré de développement de la matrice, sa situation, sa forme, la nature de son contenu ; la présence, la vie, le mode de présentation et même la position du fœtus* (1).

En 1841, il pratiquait sa première *version par des manipulations extérieures*; en 1843, il en avait essayé et réussi quatre, et il publiait un mémoire dans lequel il traçait les lois de l'accommodation du fœtus dans le sein maternel, les règles du palper abdominal et les lois de la version

(1) Dans un article intitulé : *De la valeur des signes fournis par l'auscultation* (*Encyclogr. des sc. méd.*, décembre 1842, p. 458, et février 1843, p. 7), MM. Devilliers et Chailly décrivent aussi le palper ; mais ils estiment que « seul il ne peut servir de moyen de diagnostic » certain que dans des circonstances rares. »

externe (1). « En lisant cet excellent mémoire, dit M. Pinard (2), on est bientôt convaincu de ce fait, à savoir que » si d'emblée Hubert est arrivé, sans connaître les travaux » de Wigand, à concevoir cette opération et à donner des » règles si précises déjà et si simples pour la pratiquer, » c'est qu'il connaissait mieux que tous ses devanciers » l'accommodation du fœtus pendant la vie intra-utérine, » et qu'en même temps il était familiarisé avec l'exploration externe. » Nous remercions M. Pinard de cet acte de justice, et la suite de cette étude démontrera que, sur l'accommodation de l'enfant dans le sein de la mère, le palper abdominal et la version externe, on n'a, depuis 1843, rien ajouté d'essentiel à l'enseignement du professeur de Louvain.

Nous pouvons arrêter ici cette revue rétrospective, puisque l'idée dont nous avons poursuivi l'histoire à travers les âges, est arrivée à son complet épanouissement et a reçu son entière expression.

Au bout de sa longue carrière, mon père écrivait : « Voilà quarante ans que dans ma clientèle je n'ai plus fait de version interne pour remédier à un vice de présentation. » Et, de fait, pour les femmes qui l'avaient consulté à temps, il avait supprimé les présentations vicieuses et leurs dangers, et cela grâce à une opération dont M. Tarnier disait encore, en 1865 : « inutile pendant la grossesse, impossible quand l'épaule est profondément engagée, la version externe n'est, selon nous, applicable qu'à des cas exceptionnels (3). »

(1) *Encyclogr. des sc. méd.*, t. I, 31 juillet 1843, p. 109, et août 1843, p. 71.

(2) *Traité du palper abdominal et de la version par manœuvres externes*, par M. A. Pinard. Paris, 1878.

(3) *Atlas complémentaire de tous les traités d'accouchements;* par

Je tiens à citer au moins les noms des auteurs qui se sont occupés, depuis 1843, de la version externe ; j'en passe assurément et je dois à la vérité d'ajouter que je n'ai pas lu *tous* ceux que je cite.

En Allemagne : Martin, d'Iéna, 1843, *Beitr. zur Gynækol.* fasc. 2, p. 3, et *Monatschr. f. Geburstk*, t. XVI, p. 1 ; Hüter, *Encyclop. Worterb.*, etc., 1847 ; Scanzoni, *Lehrbuch der Geburst*, 1855 ; Grenser *Nægelé's Lehrbuch*, 1854 ; Lange, *Lehrbuch des Geb.*, 1851 ; Credé, *Klinische Vortræge*, etc., 1853 ; C. Braun, *Lehrbuch*, etc., 1857 ; Spœth., *Compendium d. Geb.*, etc., 1857 ; G. Braun, *Compend. der Operat.*, 1861 ; Schrœder, 1875 ; Spigelberg, 1877.

En France : Devilliers et Chailly, *Encyclogr. des sc. méd.*, déc. 1842, et février 1843 ; Mattei, *Essai sur l'accouchement physiologique*, et *Gaz. méd. de Paris*, 1855 ; Hergott, traduction du mémoire de Wigand, Strasbourg, 1857 ; Belin, *Thèse de Strasbourg*, 1856, et *Mémoires* de 1866 ; Ducellier, *Thèse de Genève*, 1858 ; Nivert, *Thèse de Paris*, 1862 ; Clément, *Thèse de Montpellier*, 1863 ; Maréchal, *Thèse* de 1864 ; Guyon, *Journal de méd. et de chir. prat.* de J. Lucas Championnière ; S. Tarnier, *Atlas complémentaire de tous les traités d'acc.*, par Lenoir, Sée et Tarnier, 1865, et *mieux*, Tarnier, 9e édit. de Cazeaux, 1874 ; A. Pinard, *Traité du palper abdom.*, Paris, 1878 ; Mattei, *L'obstétrique telle que je l'ai trouvée et telle que je la laisse* ; Paris, 1879.

En Italie : Œsterle, *Ann. univers. de méd.*, 1859.

En Amérique : Baker et Taylor, *Americ. med. Times*, 1860 et 1861.

LENOIR, M SÉE et TARNIER. Paris, 1866. Mais l'éminent chirurgien de la Maternité de Paris est revenu de cette opinion. — Voir 9e édition de Cazeaux. 1874.

Nous ajouterons, pour terminer cette liste incomplète des sources : L.-J. Hubert, *Réflexions sur les présentations du fœtus*, etc., in *Ann. de gynéc.* de Schoenfeld, 1843, et *Encyclographie des sciences médicales*, 1843, t. CXXVIII, p. 100; *Quelques faits suivis de réflexions sur les présentations vicieuses et la possibilité de les corriger par des manipulations extérieures*, *Ann. de gynéc.* de Schoenfeld, août 1843, p. 381, et sept. 1843, p. 429, et *Encyclogr.*, t. CXXXI, juillet 1843, p. 109, et août 1843, p. 71; Eug. Hubert, *Cours d'accouchements*, édit. de 1869 et édit. de 1878, et *Journ. des sc. méd. de Louvain*, 1877, p. 593; 1878, p. 643, et 1879, p. 543 et 615.

II. — MÉCANISME DES PRÉSENTATIONS NATURELLES ET DES PRÉSENTATIONS VICIEUSES.

Depuis Hippocrate jusqu'à la fin du XVIIIe siècle, on admettait que l'enfant pendant la majeure partie de son incubation, se tenait assis sur la marge du détroit supérieur, comme sur la marge d'un puits dans lequel, à 7 mois, il serait précipité la tête en avant. L'hypothèse de la culbute, après avoir régné si longtemps sans conteste, est définitivement abandonnée, condamnée par les faits non moins que par la théorie.

Les conditions de la statique de l'enfant dans la cavité utérine varient selon les différentes époques de la grossesse; contenant et contenu changent de formes; le volume de l'un n'est pas en rapport relatif constant avec la capacité de l'autre et à l'aise au début, le fœtus même le plus favorablement placé finit par se trouver à l'étroit.

« L'utérus et le fœtus ployé sur lui-même, offrent une forme ovoïde, et les dimensions longitudinales du second

dépassant, du moins à une certaine époque de la grossesse, l'étendue transversale du premier, certains rapports de position deviennent en quelque sorte nécessaires, d'autres difficiles, d'autres à peu près impossibles. Physiquement et physiologiquement, ces rapports ne sont jamais plus avantageux que quand l'axe (le rachis) du fœtus, se confondant avec celui de la matrice, s'écarte peu de l'axe du détroit supérieur (1). Alors, en effet, le fœtus jouit de la plus grande liberté possible et les efforts utérins ont la direction la plus favorable à l'expulsion. »

Pendant les deux premiers tiers de la gestation, l'utérus peut être considéré comme à peu près sphérique : il mesure à six mois, d'après Cazeaux et Farre, défalcation faite de la longueur du col, 18 centimètres de hauteur, 16 d'épaisseur et 16 de largeur. Or, en présence de diamètres égaux, ou à peu près, un objet inclus peut se placer indifféremment dans toutes les directions, et les parois de sa prison n'obligent pas l'enfant à prendre une postion déterminée. Si donc le fœtus à cette époque, comme le prouvent le toucher, le palper, les avortements et les autopsies, se présente presque toujours par la tête, ce n'est pas dans l'organe gestateur qu'il faut chercher la cause et les raisons de cette situation; il faut les chercher ailleurs. Nous les trouvons dans les lois de la pesanteur qui font graviter l'enfant, flottant dans le liquide amniotique, la tête et l'épaule droite en bas (Duncan, Veit). Or, le point déclive de l'utérus, que la femme soit debout, assise ou couchée, est le segment inférieur. Peut-être, comme le veut Cohnstein,

(1) V. *Ann. de gynécologie*, avril 1845, p. 225. *Réflexions sur les présentations du fœtus et sur quelques points du mécanisme de l'accouchement naturel*, par L. J. Hubert.

l'impetus de la circulation vient-il en aide à la pesanteur pour assurer un équilibre fort instable et que peuvent rompre à chaque instant les mouvements du fœtus aussi bien que ceux de la femme.

« La situation du fœtus dans le sein de sa mère, écrivait mon père, en 1843 (1), est peut-être subordonnée, jusqu'à un certain point au lieu d'insertion du placenta, et il semble naturel que son plan abdominal se trouve dirigé vers ce gâteau ; ces rapports seraient même les seuls possibles, si le cordon ombilical ne mesurait que la distance qui sépare ses deux extrémités. Il n'en est d'ailleurs pas de plus avantageux, puisqu'ils permettent à la tige omphalo-placentaire, de se loger dans le creux qui existe sur le plan antérieur de l'enfant, et de se mettre assez sûrement à l'abri de la compression et du tiraillement. Le fœtus contribue probablement par ses mouvements actifs à la conservation de ces rapports ; car, si l'on suppose son plan dorsal tourné vers le placenta, le cordon devra former un commencement de circulaire, et pourra se trouver comprimé entre la paroi utérine et le corps de l'enfant. Si cette compression est suffisante pour gêner la circulation, il en résultera un malaise qui se manifestera par des mouvements, malaise et mouvements qui ne cesseront peut-être que quand l'abdomen sera retourné vers le placenta. Il est permis de croire que les mouvements incommodes dont quelques femmes se plaignent quand elles se couchent dans certaines positions, dépendent de cette circonstance, c'est-à-dire de la compression exercée par le fœtus lui-même sur le cordon ombilical ou sur le placenta. »

Ainsi donc *avant le sixième* mois la présentation céphali-

(1) *Ann. de gynéc.*, 1843 l. c.

que paraît être le résultat d'une loi physique, la pesanteur, et de la loi physiologique qui fait réagir le fœtus par des mouvements réflexes contre les malaises résultant pour lui de certaines attitudes. *Vers le sixième mois*, les conditions changent, la forme de la matrice se modifie sensiblement; d'à peu près sphérique, elle devient oblongue ou *ovoïde*, de manière qu'à terme elle mesure, d'avant en arrière, 22 centimètres; en travers 24; en hauteur 35.

Or, lorsque l'utérus présente cette forme ovoïde régulière, normale, l'enfant ne s'y trouve en équilibre et à l'aise qu'à la condition de présenter son grand axe dans le grand axe de la cavité: *les parois utérines repoussent le grand axe du fœtus vers le grand axe de la matrice*, de quelque côté qu'il tente de s'en écarter; telle est la loi à laquelle le fœtus est soumis dans la matrice pendant la grossesse. Cette même loi physique le poursuit pendant l'accouchement: *les parois de la filière pelvienne repoussent les grands diamètres fœtaux vers les grands diamètres maternels*. A mon père revient l'honneur d'avoir établi cette loi par une démonstration rigoureuse, mathématique. Je suis obligé de prouver que cette affirmation, aujourd'hui contestée, est cependant incontestable.

Dans le remarquable *Traité du palper abdominal* de M. Pinard (1878), je trouve les lignes suivantes :

« La loi qui préside à l'*accommodation pendant la grossesse* est semblable dans ses causes et dans ses résultats à la loi d'*accommodation du travail* si nettement et si bien formulée par le professeur Pajot: *quand un corps solide est contenu dans un autre, si le contenant est le siége d'alternatives, de mouvements et de repos, si les surfaces sont glissantes et peu anguleuses, le contenu tendra sans cesse à accommoder sa*

forme et ses dimensions aux formes et à la capacité du contenant. Sont régies par cette loi les présentations et les positions dans les bassins normaux et viciés.

Cette formule, promulguée en 1865 (1) comme la *loi de l'accommodation du travail — la grande loi de coïncidence des diamètres maternels et fœtaux, etc.* — a fait fortune en France, et son auteur lui attribue la plus haute importance. Que contient-elle au fond ? Je ne parviens à y découvrir que l'*énoncé* d'un fait, qu'elle n'explique pas, et qu'Hippocrate avait exprimé déjà avec plus de concision et de netteté en disant que « le grand axe de l'olive se met dans l'axe du goulot, quand on secoue le flacon. » *Corps solide contenu dans un autre — contenant siége d'alternatives de mouvements et de repos — surfaces glissantes et peu anguleuses — accommodation de formes et de dimensions* — tout y est. Quand je dis : l'œuf de la poule sort par son gros bout, je ne pense pas énoncer une loi, mais tout simplement constater un fait, et le fait reste à expliquer, *la loi qui régit le fait* reste tout entière à trouver. La *vraie loi*, à laquelle obéissent tous les phénomènes mécaniques de l'accouchement, est une loi de mécanique que mon père invoquait déjà en 1843, pour *démontrer* comment se fait l'adaptation du fœtus dans la cavité utérine; cette loi, il l'exprimait encore, en 1858, à l'Académie royale de médecine en ces termes (2) : *quand deux forces — ou deux résistances — s'exercent sur un mobile en sens contraire, mais sans être directement opposées, elles tendent à lui imprimer un mouvement de rotation;* et elle lui permettait d'expliquer, autrement que par de vagues for-

(1) *Diction. encyclopéd. des sc. méd.*, 1865 art : *Accouchement.*
(2) *Des phénomènes mécaniques de l'accouchement. (Mém. de l'Académie*, 1858*)*.

mules, d'une manière plus rigoureuse qu'on ne l'avait fait avant lui et vraiment scientifique, l'attitude de l'enfant dans la matrice pendant la grossesse — et tous les mouvements (rotations et changements de direction) que les résistances de la filière maternelle lui impriment pendant l'accouchement.

Avant donc que M. Pajot trouvât sa formule, qui n'explique rien, la *loi mécanique* qui régit les *phénomènes mécaniques* de la parturition avait été exprimée en termes scientifiques et le *mécanisme* de la naissance de l'homme était mathématiquement démontré.

Je reviens à mon sujet. Représentons le grand axe ou, si l'on préfère, la ligne céphalo-rachidienne d'un fœtus obliquement situé dans la matrice, par la tige *a b* (fig. 1) : ses extrémités *a* et *b* sont poussées par les parois utérines *a* vers *a'*, *β* vers *β'*. En effet la résistance ou la poussée des parois en un point se représente en mécanique par la perpendiculaire élevée sur la tangente à ce point. Or ces perpendiculaires, *ac* et *be*, se décomposent dans les forces suivantes *a b* et *b f* qui se neutralisent parce qu'elles sont contraires et directement opposées — et n'ont d'autre effet que de comprimer le mobile — et en *a x* et *b z*, parallèles à la tangente, qui agissent aussi en sens contraire, mais qui, n'étant pas directement opposées, forment couple et ont pour effet de solliciter l'extrémité *a* du mobile vers *a'*, son extrémité *β* vers *β'*, c'est-à-dire de pousser ou de faire glisser le grand axe du fœtus vers le grand axe de la matrice : *quod erat demonstrandum*.

En d'autres termes, la coïncidence des grands axes fœtal et utérin est la conséquence de la résistance des parois ou de la forme même de la cavité de la matrice et, sous

l'influence de ce facteur mécanique l'enfant, est obligé 153 fois sur 154 de se présenter au détroit supérieur par l'une de ses extrémités (1).

Fig. 1.

Mais la paroi utérine n'exerce pas seulement une résistance passive, une espèce de force d'inertie ou d'opposition

(1) Les statistiques de Boivin, Lachapelle, Clarke, Collins et Pinard comprennent 183,498 accouchements, et fournissent 1,121 présentations de l'épaule = 1 sur 154. Ces chiffres présentent une concordance frappante avec ceux de Dubois : 2,020 accouchements, 13 présentations vicieuses = 1 sur 155.

inflexible, aux déplacements du fœtus, elle est capable, dans les derniers mois, de resserrements actifs — et, pendant ces contractions indolores, les résistances que nous venons d'analyser au moment du repos, se trouvent augmentées de toute l'énergie de l'effort musculaire. En explorant des matrices assez flasques pour tolérer une situation oblique de l'enfant, il nous est arrivé plusieurs fois de constater immédiatement après une de ces contractions parfois provoquées par le palper, que l'enfant, dévié l'instant auparavant, se trouvait momentanément ramené dans la bonne voie. Nous ne disons pas que l'action contractile du muscle s'exerce toujours d'une manière si heureuse : nous verrons plus bas comment, loin de compléter ce que la tonicité a commencé, elle produit parfois, ou rend définitives, les viciations de direction qu'habituellement elle corrige. Pour que la contraction produise un effet utile, il faut que la cavité utérine conserve sa forme ovoïde en se rétrécissant.

D'autre part, le fœtus est capable de mouvements d'extension pendant lesquels il presse de ses extrémités contre les parois lisses, lubréfiées et *inclinées* le long desquelles il doit glisser, du diamètre utérin plus court vers le diamètre voisin plus étendu.

« Les mouvements actifs du fœtus dans le sein de sa mère, écrivait L. J. Hubert en 1843, sont généralement modérés et, comme tels, incapables de donner lieu à une présentation du tronc ; il y a plus, nous pensons que quand il n'existe qu'une légère déviation, ils contribuent souvent à la faire disparaître. On ne doit pas oublier, en effet, que des surfaces lisses, polies, sont en contact ; que les parois utérines représentent des plans inclinés, d'une part vers le fond de l'organe, d'autre part vers le col et que

le viscère a plus de hauteur que de largeur ; or, cela étant, si l'on suppose une position oblique telle que la tête repose sur la marge du bassin, tandis que le pelvis appuie contre une des parois latérales de la matrice, si on suppose en même temps un mouvement actif de l'enfant, le pelvis glissera le plus souvent vers le fond et le crâne vers le col de l'utérus; ce glissement s'opérera d'autant plus sûrement que les parois du viscère offriront plus de résistance. Nous convenons toutefois que si les mouvements actifs sont exagérés, comme cela peut avoir lieu lorsqu'ils sont déterminés par un malaise résultant soit d'une secousse, soit d'une forte émotion de la mère, soit de la compression du cordon et peut-être de l'existence de circulaires de cette tige, soit de toute autre cause, ils peuvent déjeter le fœtus dans une position oblique et que cette position peut persister si les eaux sont abondantes, si l'utérus a beaucoup de largeur ou si ses parois peu résistantes se laissent distendre transversalement. »

Des deux extrémités du fœtus, la céphalique est incomparablement celle qui se rencontre le plus fréquemment au détroit supérieur. Sur 2,020 accouchements, Dubois a trouvé 1,922 présentations *céphaliques*, 85 pelviennes et 13 transversales.

Sur 1,913 présentations du sommet, il a noté :

1,355 occipito-cotyloïdiennes gauches (1re de Capuron.)
491 occipito-iliaques droites postérieures (3e »)
55 occipito-cotyloïdiennes droites (2e »)
12 occipito-iliaques postérieures (4e »)

Les diamètres antéro-postérieurs du crâne fœtal ne coïncident donc que rarement avec le diamètre *oblique droit* du bassin, et c'est presque toujours dans le diamètre oblique

gauche qu'ils se placent (1846/67). La plus grande fréquence de ces rapports a des causes que en 1843, avant que parût le mémoire de Simpson sur l'attitude du fœtus *in utero* (1), mon père cherchait à déterminer (2).

« L'œuf arrivant par les trompes, disait-il, et rencontrant la membrane caduque déjà formée, doit se fixer le plus souvent vers les angles supérieurs du viscère. Or, par suite de l'obliquité latérale droite de la matrice, ces angles sont reportés, l'un en arrière et à droite, l'autre en avant et à gauche, et en supposant le ventre du fœtus tourné vers l'un de ces points, l'on aurait la première ou la troisième position de Capuron (3).

» Une autre circonstance nous paraît contribuer plus puissamment à la fréquence de ces deux positions; nous voulons parler de la tendance de l'ovoïde fœtal à se mettre dans certains rapports avec l'ovoïde utérin.

» Par suite de la situation du rectum, l'utérus, *même à l'état de vacuité*, est un peu incliné en avant et à droite. Pendant la grossesse cette inclinaison devient plus manifeste, et le bord droit du viscère est reporté en arrière, vers la symphyse sacro-iliaque, le gauche en avant, vers l'éminence cotyloïde (4).

(1) Le travail de Simpson parut à Edimbourg, en 1849. — Voir aussi *Encyclographie des sciences médicales*, tomes 213 et 214, année 1850.

(2) *Réflexions sur les présentations du fœtus et sur quelques points de l'accouchement naturel. (Ann. de gynéc. et de pédiatrique*; avril, 1843, p. 226).

(3) Nous devons dire cependant que si ces idées théoriques étaient absolument exactes, elles feraient supposer que la conception s'opère plus souvent à droite qu'à gauche, puisque la première position est plus fréquente que la troisième. Elles porteraient en même temps à croire que la deuxième et la quatrième position doivent se rencontrer surtout dans les cas d'obliquité gauche de l'utérus.

(4) Ceux qui ont nié l'influence de la situation du rectum sur la direction de l'utérus pendant la grossesse, n'ont pas assez fait attention

» Les intestins refoulés vers la partie postérieure gauche de la cavité abdominale, pèsent surtout sur la partie postérieure de l'organe gestateur et doivent tendre à élargir son diamètre transversal, ou à rétrécir l'antéro-postérieur. Ainsi donc les diamètres les plus longs de l'utérus sont :

» 1° Le vertical, à peu près en rapport avec l'axe du détroit supérieur ;

» 2° Le transversal, à peu près en rapport avec le diamètre oblique gauche du même détroit ;

» 3° L'antéro-postérieur, à peu près en rapport avec le diamètre oblique droit.

» Quant au fœtus, ses dimensions les plus étendues sont : pour le tronc, de la tête aux fesses (axe fœtal) ; pour l'extrémité pelvienne, du sacrum aux genoux ; pour le crâne fléchi sur la poitrine, de l'occiput au front.

» Un corps ovoïde ne se loge jamais mieux et ne jouit de plus de liberté dans une cavité ovoïde, que quand il lui répond axe à axe, grosse extrémité à grosse extrémité, grands diamètres à grands diamètres. Or : 1° Si l'axe fœtal répond à l'axe utérin, nous aurons des présentations de l'une des extrémités, céphalique ou pelvienne. Ce sont en effet les plus fréquentes, et cela doit être, car si la cavité utérine n'a, par exemple, que neuf pouces horizontalement, et que le fœtus en ait onze, du sommet de la tête aux fesses, une situation franchement horizontale est mécaniquement impossible. Une exagération de courbure du rachis rendrait cette situation possible, il est vrai, mais la

que cette influence s'était exercée dès avant la conception, et que, quand un corps rond et lisse, comme l'utérus, se trouve en contact avec une saillie arrondie, comme le promontoire, il ne faut qu'une obliquité bien légère pour porter le corps rond à droite plutôt qu'à gauche.

gêne qui en résulterait, causerait des mouvements instinctifs de la part de l'enfant, et cette gêne et ces mouvements ne cesseraient que quand la situation se trouverait changée, le crâne ou le siége étant relevé, reporté vers le fond de l'utérus. Le fœtus a donc une tendance, partie mécanique, partie automatique, à répondre axe par axe à la cavité utérine.

» 2° Les ovoïdes fœtal et utérin, tendent non seulement à mettre leurs axes en rapport, mais encore à se correspondre, grosse extrémité à grosse extrémité. Or, si la grosse extrémité du fœtus, représentée par les membres abdominaux fléchis et faisant masse avec le pelvis, se trouve dirigée vers la grosse extrémité ou le fond de l'utérus, nous aurons des présentations céphaliques. Le poids, le volume, la convexité, la régularité de la tête, l'inclinaison, des parois utérines, la lubréfaction des surfaces en contact, sont autant de circonstances physiques qui doivent porter le crâne vers l'orifice inférieur de l'utérus, mais la vie du fœtus ne nous paraît pas rester étrangère à la production et à la conservation de ces rapports. Nous avons déjà dit qu'à l'occasion d'un malaise quelconque, l'enfant remue et tend à changer de position et nous ne voyons pas pourquoi on lui refuserait la faculté de se mouvoir à l'occasion d'une gêne, lorsque sous la même influence, nous observons des mouvements actifs chez les animaux les plus infimes et chez l'homme endormi. On peut donner à ces mouvements telle épithète que l'on voudra, on peut disputer philosophiquement sur les mots : *instinct*, *volonté*, *déterminations instinctives*, *volontaires ou intentionnelles*, *conscience du bien-être et de la douleur*, *désirs*, etc., employés par Dubois, en parlant du fœtus ; mais il est de fait que si le cordon vient à être

comprimé pendant le travail, ou bien si dans les derniers mois de la grossesse, on appuie un peu fortement sur quelque partie de l'enfant, à travers les parois abdominales, on observe presque toujours des mouvements actifs plus ou moins forts.

» Il nous paraît donc extrêmement probable que le fœtus tend automatiquement ou instinctivement à prendre la situation la plus commode et à se mouvoir jusqu'à ce qu'il l'ait trouvée, ou du moins jusqu'à ce que le malaise ait cessé. Or, la position la plus commode pour lui est celle où la tête se trouve dirigée en bas, parce que alors les membres se logent et se meuvent plus librement dans le fond de l'utérus. Joignez à cela qu'une fois cette position prise, il lui devient plus difficile d'en changer que dans toute autre. Lorsque, au contraire, les membres abdominaux sont situés obliquement ou directement en bas, ils perdent de leur liberté et il peut (ne fût-ce qu'à la longue) en résulter un certain degré de malaise, cause de mouvements actifs. Que ces mouvements vitaux soient pour quelque chose dans les modes de présentations du fœtus, c'est ce qui nous paraît incontestable, puisque les enfants morts avant le travail, ainsi que ceux qui naissent avant terme, s'offrent bien moins souvent que les autres dans les conditions les plus favorables à leur expulsion (1).

» La tête étant dirigée en bas, le fœtus doit encore tendre à mettre ses diamètres les plus longs en rapport avec

(1) Sur 121 enfants nés avant sept mois, 65 ont présenté la tête, 51 le pelvis, 5 l'épaule. — Sur 96 enfants nés morts dans les deux derniers mois de la grossesse, 72 sont nés par la tête, 22 par le pelvis, 2 par l'épaule. — Sur 46 enfants morts à sept mois, 21 ont présenté la tête, 21 le bassin, 4 l'épaule. — Sur 75 enfants vivants à sept mois, 61 ont présenté la tête, 21 le bassin, 4 l'épaule (P. Dubois).

les plus longs de la cavité qui le renferme. Or, nous avons dit que, pour le pelvis, le diamètre le plus long est celui qui s'étend du sacrum aux genoux, et pour la tête semi-fléchie, celui qui se tend de l'occiput au front ; nous avons également vu que le diamètre transversal de l'utérus est plus grand que l'antéro-postérieur et que, par suite de l'obliquité droite du viscère, ce diamètre transversal correspond à peu près à l'oblique gauche du bassin. Supposons donc que les diamètres les plus longs coïncident, nous aurons une première ou une troisième position de Capuron.

« La situatiou du rectum et de l'S du colon, traversés et souvent distendus par des matières fécales, qui sont quelquefois fort dures pendant la grossesse, doit encore concourir à rendre moins fréquentes la deuxième et la quatrième position du même auteur (1).

» On dira peut-être que la différence des diamètres transversal et antéro-postérieur de l'utérus est assez faible ; que la présence du rectum, même en le supposant habituellement rempli de fèces, ne peut avoir qu'une influence minime sur la position du fœtus ; mais de même qu'il ne faut qu'une pente bien légère pour déterminer la direction d'un ruisseau, il ne faut qu'une inclinaison bien faible pour qu'un corps rond et lisse glisse dans un tel sens sur un plan également lisse. Nous croyons qu'à l'état de repos le fœtus n'est pas soustrait à ces lois de la physique et qu'il exécute souvent des mouvements actifs, jusqu'à ce que la gêne ait cessé, lorsqu'il se trouve dans une position incommode ».

Nous tenions à reproduire ces pages publiées en 1843,

(1) La saillie du sacrum, singulièrement effacée pourtant par les muscles psoas iliaques, suffit pour rendre infiniment rares les positions directes.

parce qu'elles semblent avoir passé absolument inaperçues : aucun auteur, à ma connaissance, ne s'occupe d'expliquer la préférence presque constante de l'enfant pour le diamètre *oblique gauche du bassin* (1).

Nous avons démontré, par le calcul, que dans une cavité ovalaire les résistances des parois sont disposées de manière à repousser le grand axe du contenu vers le grand axe du contenant. Plus le fœtus est long, plus la matrice est ferme et mieux la coïncidence des grands axes utérin et fœtal est assurée.

Supposons un fœtus relativement peu développé et plus court que de coutume, il ne provoquera plus les réactions qui déplacent, ou en d'autres termes il n'éprouvera pas de résistances dans des diamètres où, plus long, il ne pourrait pas se loger. Un nain peut passer la tête haute, par telle porte qui obligerait un « bel homme » à se courber.

Supposons la matrice d'acier et la possibilité d'une présentation vicieuse ne se comprend plus. Supposons-la au contraire sans consistance, elle se déformera sous le moindre prétexte, elle s'effondrera sous la moindre pression et les rapports du contenu avec le contenant seront indifférents, parce que celui-ci cédera immédiatement à toutes les exigences de celui-là.

La *forme* et la *résistance* des parois utérines sont donc bien les grands facteurs de l'accommodation du fœtus et les causes manquant, les effets ou les présentations naturelles doivent manquer aussi. Nous sommes amenés ainsi,

(1) A en croire M. Pajot (préface du *Traité* de M. Pinard) : « les » praticiens éminents dans notre art n'avaient jamais pu se résoudre » complètement à considérer la naissance de l'homme comme un fait » dépendant des lois physiques, au moins dans sa majeure partie. » Les plus osés faisaient intervenir la pesanteur, etc. »

a priori, à ajouter ce corollaire à la loi que nous venons de poser :

Toutes les causes capables de changer les rapports de proportion normaux entre l'utérus et l'enfant, d'élargir les diamètres tranverses ou de *diminuer la tonicité des parois utérines, sont des causes de présentations anormales.*

L'examen des faits va confirmer pleinement cette prévision théorique.

Les causes des présentations vicieuses viennent tantôt de l'enfant, tantôt de la mère, tantôt de l'un et de l'autre à la fois.

Du côté de l'enfant. — Nous avons montré déjà comment *l'exiguité* du fœtus pouvait lui permettre de prendre dans la matrice des attitudes insolites ; nous n'y reviendrons plus.

Les monstres par arrêt de développement sont dans le cas des avortons. Les monstres doubles, les fœtus déformés par l'hydrocéphalie, l'ascite, des tumeurs ou des tuméfactions de natures diverses, n'échappent pas aux lois physiques : plus l'énormité sera considérable et plus certains rapports seront nécessaires entre le contenu et le contenant. Nous ne pouvons pas entrer dans l'examen de chaque cas particulier, mais nous pouvons affirmer, en général, que la matrice force les enfants anormaux, comme les autres, à correspondre par leurs plus grandes longueurs aux plus grandes dimensions de l'organe.

Ducan a fait remarquer que *l'enfant mort* se présente par l'épaule 1 fois sur 88, et l'enfant vivant 1 fois sur 155 seulement (1).

(1) Ces chiffres de Duncan sont tirés d'un relevé de 10,060 accouchements observés à la Maternité de Dublin.

Plusieurs raisons nous semblent devoir être invoquées pour expliquer le fait. Avant de mourir, le fœtus a pu souffrir longtemps dans sa nutrition, et dans ce cas il est petit; si sa mort date de loin, il est macéré, putréfié, et sans consistance. Dans tous les cas, ses mouvements actifs sont abolis; il ne réagit donc plus contre la gêne qu'entraîneraient pour lui, pendant la vie, certaines attitudes. Enfin, par le fait de sa mort, les conditions de la circulation placentaire et utérine sont profondément modifiées, et peut-être la tonicité du muscle s'en trouve-t-elle considérablement diminuée.

L'influence d'une *circulaire du cordon* est évidente, et il n'est pas surprenant qu'un lien de cette espèce autour du cou, d'un membre ou du tronc, puisse, surtout s'il est quelque peu serré, entraîner le fœtus dans une position insolite et l'y maintenir en l'empêchant d'obéir aux résistances (ou aux forces) utérines qui sollicitent son grand axe à se placer dans le grand axe de la cavité.

Du côté de la mère. — Nous ne parlerons point des *malformations congénitales* de la matrice, l'étude de ces cas rares nous entraînerait trop loin. On comprend du reste qu'un des termes du problème étant changé, le résultat doit changer aussi et que dans un utérus cloisonné, bilobé, bifide ou bicorne, le fœtus se trouve dans d'autres conditions d'équilibre que dans l'utérus normal. Il en est de même dans ces matrices décrites par Hergott (1) et caractérisées par cette anomalie : la prédominance du diamètre transversal ou oblique sur le longitudinal.

Les *malformations acquises* ou les *déformations* de la

(1) *Essai sur les différentes variétés de forme de la matrice* (Thèse de Strasbourg).

matrice, beaucoup plus communes, présentent un intérêt plus pratique. Elle sont la conséquence ou d'une diminution de la tonicité du muscle ou d'un accident.

Manque de tonicité. — Tous les accoucheurs savent que la matrice présente, d'un sujet à l'autre, sous le rapport de la rigidité, de la tension et de l'épaisseur des parois, les différences les plus marquées. D'où viennent ces nuances? On a invoqué le tempérament, la constitution, la mollesse du système musculaire qu'on rencontre chez les sujets débiles, étiolés par une profession sédentaire ou un manque d'exercice, ou un défaut d'alimentation.

Mais une cause bien plus évidente que celles-là, est la pluriparité. Il est admis que les grossesses répétées ont pour résultat de diminuer la tonicité, sinon l'épaisseur des parois utérines. Aussi la présentation de l'épaule est-elle quatre fois plus commune chez les pluripares que chez les femmes qui accouchent pour la première fois (1). Chez une femme qui avait eu quatre accouchements réguliers, aux trois grossesses suivantes nous fûmes obligés de redresser, par des manipulations extérieures, l'enfant mal placé, et Schröder cite un accoucheur qui fut obligé de délivrer la même femme neuf fois de suite par la version.

Supposons un enfant obliquement situé dans une de ces matrices plus flasques, pour une cause quelconque, que normalement; il exercera des pressions insolites sur les deux points de la paroi en contact avec ses extrémités et soulevés par elles. Des contractions indolores spontanées ou des contractions réflexes survenant, l'ordre peut se

(1) M. Pinard, dans un relevé de 100,000 accouchements à la Maternité de Paris, a trouvé 806 présentations transversales : 150 chez des primipares, 656 chez des pluripares.

trouver rétabli, mais on conçoit aussi, surtout si les contractions sont irrégulières ou partielles, qu'elles puissent avoir pour effet, non de dégager le fœtus de sa fausse position, mais de l'y fixer : la matrice en se resserrant se déforme alors sur la tige fœtale trop longue, lorsqu'elle est obliquement placée, et l'enfant se creuse ainsi un nid anormal dans un grand axe utérin artificiel, accidentel, momentané ou définitif. L'effet des grossesses répétées est bien plus marqué encore sur les parois abdominales que sur les parois utérines : à la suite de distensions nombreuses la peau semble avoir perdu chez certaines femmes, tout ressort.

La flaccidité de la paroi abdominale est-elle une cause de présentation du tronc aussi importante que le veut M. Pinard? Si elle permet à la matrice de se déplacer en avant, elle ne l'oblige pas pour cela à changer de forme. Dans ces ventres pendants en besace, on reconnaît fort bien que la tumeur utérine offre son ovoïde habituel, et ce qui résulte généralement de l'inclinaison exagérée de l'organe, c'est une présentation inclinée, défectueuse si l'on veut, mais non *vicieuse* de l'enfant. D'autre part, si la paroi abdominale, douée de sa fermeté normale, offre à la matrice un soutien, elle ne l'enserre cependant jamais assez étroitement pour rendre une présentation vicieuse absolument impossible. Son influence sur le mode de présentation de l'enfant est donc tout à fait accessoire.

Hydropisie de l'amnios. — D'après une loi physique démontrée par Pascal, la pression des liquides est égale dans toutes les directions. La matrice distendue également dans tous les sens par les eaux amniotiques en excès, doit tendre à prendre la forme sphérique et la prendrait complètement

si la consistance des parois était partout la même. Or, nous l'avons dit déjà, les rapports d'un mobile et d'une cavité ronde sont indifférents et le fœtus peut d'autant mieux se placer dans n'importe lequel de ces diamètres — devenus à peu près égaux — que le vice de nutrition qui a produit l'hydropisie a influé aussi sur son développement et qu'en général, il est fort petit.

Grossesses composées. — Dans les grossesses gémellaires, c'est surtout l'élongation du diamètre transversal et du diamètre antéro-postérieur qui permet l'occupation de la cavité par deux enfants à la fois : l'organe en paraît parfois comme bilobé. Aussi les présentations vicieuses sont-elles très fréquentes, pour cette raison d'abord, puis parce qu'il y a une espèce de bousculade devant la porte, l'un des jumeaux repoussant l'autre pour passer et le déviant plus ou moins de côté, et enfin, parce que, le premier né sorti, l'autre se trouvant tout à coup très à l'aise dans une matrice qui vient de se désemplir à moitié et de se détendre, il ne trouve aucun obstacle à se placer en travers.

Placenta prævia. — Cazeaux a noté que ce grave accident est compliqué, vingt-une fois sur quatre-vingt-dix, d'une présentation vicieuse. Cette insertion du gâteau placentaire coïncide-t-elle, comme cause ou comme effet, avec un élargissement transversal de l'organe? L'enfant reposant sur le placenta, le comprime-t-il de manière à ce qu'il en résulte une gêne circulatoire qui l'oblige à des mouvements jusqu'à ce qu'il soit fixé dans une autre position ?

Ce sont là des hypothèses dont nous ne sommes pas en mesure de démontrer la légitimité. Tout ce que nous pouvons affirmer, c'est que le fond et la partie moyenne de l'organe n'étant pas, comme de coutume, tapissés ou dou-

blés par le gâteau, les parois y sont plus dépressibles et plus minces.

Tumeurs utérines. — Les polypes intra-utérins empêchent presque toujours la conception ; mais il n'en est pas de même des fibrômes interstitiels. J'ai trouvé dans les notes de mon père la relation d'un cas où une énorme tumeur de ce genre, développée dans le fond de la matrice, diminuait de beaucoup la hauteur de sa cavité. Il fallut opérer la version, et la femme mourut d'hémorrhagie parce que le placenta était greffé sur la tumeur qui s'opposa au resserrement régulier du muscle et, par conséquent, à l'occlusion des gros vaisseaux déchirés.

Tumeurs abdominales. — Des tumeurs de diverse nature développées dans le ventre, dans le bassin et même sur la face externe de la matrice peuvent empêcher son ascension régulière, peser sur elle et la déformer : l'enfant, obéissant aux lois physiques, se placera naturellement dans le diamètre utérin devenu accidentellement le plus long.

Le *manque de hauteur de la cavité abdominale*, peut obliger une matrice empêchée de croître en hauteur, às'étaler en largeur. Cela se rencontre chez certaines bossues, chez les femmes qui abusent du corset et chez celles où un rétrécissement ou un vice de direction du détroit supérieur oblige l'utérus à se développer tout entier dans le ventre et à se dévier considérablement de côté ou en avant. Chez ces femmes comme chez les pluripares où la rigidité des parois abdominales n'oblige pas le segment inférieur de la matrice et la tête de l'enfant à plonger plus ou moins avant dans l'excavation, les déplacements de l'enfant sont plus faciles parce que celui-ci jouit d'une plus grande liberté.

Enfin il nous reste à citer les *violences extérieures :* coups,

chutes, pressions, etc., au nombre des agents capables de dévier l'enfant de sa position normale, momentanément ou d'une manière définitive.

On se ferait une idée fausse des causes qui déterminent les présentations et les positions de l'enfant, si on se les figurait de nature à l'immobiliser d'une manière absolue. L'homme à venir n'est pas incarcéré, comme une amande dans sa coque, dans une prison rigide, et le liquide dans lequel il baigne, l'élasticité des tissus qui l'enveloppent, lui laissent une certaine liberté. Cette liberté — comme toutes celles dont il jouira plus tard — a des limites qui lui interdisent les grands écarts seulement : dès qu'il tente de se dévier trop il est ramené dans la bonne voie, non par des répulsions brutales ou des répressions violentes, mais par des poussées insistantes et douces, j'allais presque dire par la persuasion.

Les sujets qui servent à nos démonstrations sont palpés deux fois la semaine, à partir de leur 7e ou 8e mois. Nous choisissons de préférence, pour les commençants surtout, des pluripares; eh bien, chez elles, il n'est pas rare de constater que les *positions* varient d'une exploration à l'autre. Ainsi, il n'y a pas bien longtemps, chez une de ces femmes, qui était à 7 1/2 mois, nous avons trouvé trois fois de suite une position antérieure, *absolument directe*, du sommet (le rachis de l'enfant se trouvant sous la ligne blanche, et les bruits du cœur entre l'ombilic et le pubis, à un travers de doigt de la ligne médiane), et, très régulièrement dans la suite, nous avons constaté chez elle, le mardi : une position occipito-cotyloïdienne gauche, le jeudi, une droite. Dans les 15 derniers jours, la tête ayant plongé en partie dans l'excavation s'y est fixée en position gauche.

Une pluripare, qui a servi cette année à nos exercices cliniques, a présenté deux fois une position O. C. G., puis, pendant trois semaines, une position occipito-iliaque droite postérieure. Au moment du travail, la position était redevenue gauche antérieure.

Il nous est arrivé bien des fois de sentir la position se modifier sous la main.

Si les *positions*, chez les pluripares du moins, changent beaucoup plus fréquemment qu'on ne le croirait à la lecture des auteurs classiques, les *présentations* offrent beaucoup plus de fixité. La conversion d'une présentation de l'épaule en une présentation du siége ou du sommet, ou la *version spontanée*, est fort rare : Rieker en a trouvé 10 cas sur 220,000 accouchements; Busch, 2 sur 6,180; Kleinwachter, 5 sur 3,345; Kuhn, 9 sur 17,375; Spœth, 5 sur 12,523 : soit *un* cas sur 8,363. Denman rapporte un cas où les contractions utérines ont produit la version spontanée sous ses yeux, et c'est l'observation d'un fait semblable qui a donné à Wigand l'idée de la version par des manipulations externes.

Nous venons de passer en revue les causes qui peuvent forcer à se placer en travers un fœtus qui se présentait par la tête ; nous n'y reviendrons plus.

Le changement d'une présentation du sommet, en présentation du siége, ou vice versâ, est bien plus rare encore, et l'on comprend aisément pourquoi : « quand la présentation est naturelle, et particulièrement quand l'extrémité céphalique est déjà en partie engagée dans le détroit supérieur, il faut une force considérable pour déplacer le fœtus en totalité, d'abord parce que la tête remonte difficilement vers l'une des fosses iliaques, ensuite parce que les parois utérines réagissent et résistent sur les côtés (1). »

(1) L. J. HUBERT, 1845; *l. c.*

Nous ne connaissons dans la littérature obstétricale qu'un seul fait où, *pendant le travail*, le fœtus ait exécuté spontanément une culbute complète et soit sorti par les pieds, après s'être positivement d'abord présenté par la tête. Il a été publié par mon père dans les *Annales de gynécologie et de pédiatrique* de Martin Schoenfeld (février 1843, p. 153). Je reproduis, en la résumant, la relation de ce cas vraiment extraordinaire, observé à la Maternité de Louvain.

Anne Van B..., 23 ans, bipare. Le 21 mars 1841, à travers l'ouverture du col, large comme une pièce de deux sous, les élèves reconnaissent une présentation de la voûte du crâne, et mon père une 4e position de Capuron. Le lendemain à midi, la dilatation du col est complète; la tête est encore fort mobile; la petite fontanelle est située en arrière et à gauche. Vers 3 1/2 heures, la poche des eaux se rompt pendant que l'élève interne pratiquait le toucher; il s'écoule une grande quantité d'un liquide blanchâtre et trouble. Le flot passé, l'interne réintroduit le doigt et ne rencontre plus qu'un pied, le gauche, en position calcanéo-iliaque droite; même avec deux doigts, il n'arrive plus à la tête, qui a quitté le détroit supérieur; il entraîne alors le membre et amène un enfant vivant. La pression du toucher aura vraisemblablement été la cause occasionnelle d'un mouvement fœtal et d'une culbute favorisée par une assez grande quantité de liquide amniotique (1).

En résumé : 1° nous avons établi, au moyen des lois de la physique, que les résistances des parois poussent le grand axe fœtal dans le grand axe utérin;

(1) M. le docteur Boine vient de nous dire qu'il a rencontré récemment un cas analogue. Cet estimable confrère est un observateur trop distingué pour qu'on puisse le soupçonner d'une erreur de diagnostic.

2° Dans le domaine des faits, nous avons montré qu'aux anomalies de volume du fœtus, de résistance ou de forme de la matrice répondent les anomalies de présentation. La *vraie loi* de l'accommodation de l'enfant dans le sein de la mère, démontrée par le calcul, se trouve donc aussi confirmée par les faits.

III. — EXPLORATION ABDOMINALE.

Dans la partie historique de cette étude, nous avons montré où en était en 1835 et 1838, par rapport au palper abdominal, l'enseignement des deux plus illustres représentants de la science française. En Belgique, dès 1837, L. J. Hubert tirait de ce moyen de diagnostic si précieux, tout ce qu'il peut donner, et il enseignait à ses élèves la manière de le pratiquer avec précision. Nous extrayons du mémoire qu'il a publié, en 1843, les lignes suivantes que nous prions le lecteur de comparer à ce que l'on a écrit sur le même sujet de plus récent.

« *Inspection et palper du ventre.* — Il faut mettre la femme dans une position horizontale, découvrir le ballon abdominal et en considérer la forme. Dans le cas supposé d'une présentation vicieuse, il a plus de largeur; les sillons qui existent ordinairement sur les côtés de l'utérus ont disparu ou sont mal dessinés, interrompus dans leur longueur; le relief formé par la matrice n'a pas sa direction habituelle; parfois certaines saillies indiquent où il faut porter les mains pour toucher le fœtus.

» On fléchit ensuite les cuisses sur le bassin, on relève un peu le haut du tronc pour mettre les parois du ventre dans le relâchement et on palpe avec soin les différents

points du globe utérin, en portant plus spécialement son attention sur ceux auxquels doivent correspondre les extrémités de l'ovoïde fœtal, d'après les données du toucher, du commémoratif et de l'inspection extérieure. Les deux mains dépriment peu à peu et tantôt simultanément, tantôt alternativement, les tissus interposés, jusqu'à ce qu'elles éprouvent une résistance particulière due au fœtus; elles tâchent d'empoigner, de circonscrire la partie qu'elles explorent et de donner ainsi une idée de sa forme et de sa dureté. »

« Un corps rond, plus dur que les autres, impossible ou » très difficile à déplacer, disent Devilliers et Chailly (1), » indique la tête du fœtus; un autre corps à surface plus » étendue, d'une courbure plus large, d'une résistance un » peu moindre que le précédent, peut être le tronc. La » partie la plus saillante de cette surface sera l'épaule ou » la fesse, que l'on ne distinguera l'une de l'autre qu'à » l'aide d'autres signes, par exemple du voisinage de la » tête pour l'une, et des extrémités inférieures pour » l'autre.

» Enfin de petites saillies brusques, résistantes, mobiles » par elles-mêmes ou faciles à déplacer momentanément, » indiqueront les membres.

» Pour s'exercer à reconnaître ces diverses saillies on » peut imiter grossièrement la nature, en enfermant un » fœtus dans une vessie pleine de liquide et recouverte » d'un linge plié en plusieurs doubles, afin de reproduire

(1) *Encyclogr. des sciences méd.*, déc. 1842, p. 458, et fév. 1845, p. 76. Ces auteurs estiment cependant que le palper abdominal « *seul ne peut servir de moyen de diagnostic certain que dans des circonstances rares* ».

» à peu près l'épaisseur des parois utérine et abdominale, » et en cherchant avec les mains à distinguer la forme de » ses parties.

» Cette partie de l'examen (la vue et le palper) montre » souvent les formes du fœtus si bien dessinées à travers » l'épaisseur des parois utérines et abdominales que bien » des fois il nous est arrivé de tracer exactement avec un » crayon sur la chemise des femmes soumises à notre » examen, les formes, les contours, la position entière du » fœtus placé au-dessous comme un véritable calque. »

« Il n'en est sans doute pas ainsi chez toutes les femmes; mais nous ferons encore remarquer ici que, par le fait même de la situation vicieuse du fœtus, la tête et le pelvis forment, presque constamment, des saillies plus faciles à palper et à reconnaître. En y allant d'abord doucement, prudemment, puis en augmentant la pression par degrés et en détournant l'attention de la femme, on peut employer une certaine force, sans causer autre chose qu'un peu de gêne et sans exciter des contractions utérines, surtout si l'on agit immédiatement après une douleur. On réitère, au besoin, ses tentatives et, avec un peu de persévérance, un peu de volonté ferme, on parvient presque toujours, sinon à distinguer les deux extrémités de l'ovoïde fœtal, au moins l'une d'elles, ce qui, conjointement avec les données des autres méthodes d'investigation, peut suffire au diagnostic. Quelquefois, le fœtus, comme molesté par vos perquisitions, exécute des mouvements et produit par là des saillies plus manifestes, plus facilement reconnaissables à la vue et au toucher. On peut provoquer ces mouvements par des pressions un peu plus fortes ou par le froid des mains qu'on a préalablement appliquées sur du marbre ou plon-

gées dans l'eau. S'ils ont lieu, le diagnostic est suffisamment établi; on en profite pour redresser le fœtus, pour remettre son axe en rapport avec celui de l'utérus. »

Le mémoire d'où ce passage est extrait étant consacré à la version externe, il n'est pas étonnant que la description de l'exploration abdominale y soit faite spécialement en vue du diagnostic des présentations vicieuses. Nous plaçant à un point de vue plus général, nous allons dire les renseignements que fournissent : l'*inspection*, la *percussion*, la *palpation* et l'*auscultation* du ventre.

Inspection. — Dans un discours qu'il a prononcé au dernier congrès international des sciences médicales, à Amsterdam, M. Virchow se plaignait, avec raison, qu'on n'exerçât pas assez les élèves à l'observation et qu'on ne s'occupât pas suffisamment de l'*éducation de leurs sens*. Le sens de la vue, *acerrimus sensuum*, peut rendre les plus grands services, et cependant, à lire les traités classiques, il ne serait presque d'aucune utilité en obstétrique, où il semble que le doigt seul doive être clairvoyant. Nous attachons au contraire à l'exploration du ventre par la vue, en raison des renseignements souvent décisifs et toujours précieux qu'elle fournit, une importance que nous avons tâché de faire ressortir dans notre cours d'accouchements.

Pour le vulgaire, le développement du ventre est le signe le plus certain de la grossesse : c'est un symptôme qui lui saute aux yeux et qui ne manque jamais. Seulement le développement peut dépendre d'une foule de causes autres que la conception, et *grosseur* n'est pas *grossesse*. L'œil du médecin ne doit pas se laisser prendre aux *copies* : il doit s'exercer à distinguer, rien qu'à l'aspect extérieur, la tumeur utérine de toutes les autres tuméfactions abdominales.

Le *ventre gros* est uniformément développé et l'ombilic est d'autant plus profondément enfoncé que la paroi tégumentaire est plus épaisse.

La *distension de la vessie* soulève seulement l'hypogastre et y forme une tumeur conoïde, à base inférieure, qui s'effondre par la miction ou par le cathéthérisme. On se figure difficilement qu'un *médecin* puisse prendre la vessie pour autre chose, nous allions presque dire pour une lanterne.

Le *météorisme* soulève surtout les régions *péri* et *sus* ombilicales et parfois fait saillir des anses intestinales qui se dessinent à la peau. La distension du gros intestin par des gaz soulève plutôt la circonférence de l'abdomen; celle de l'estomac, la région épigastrique.

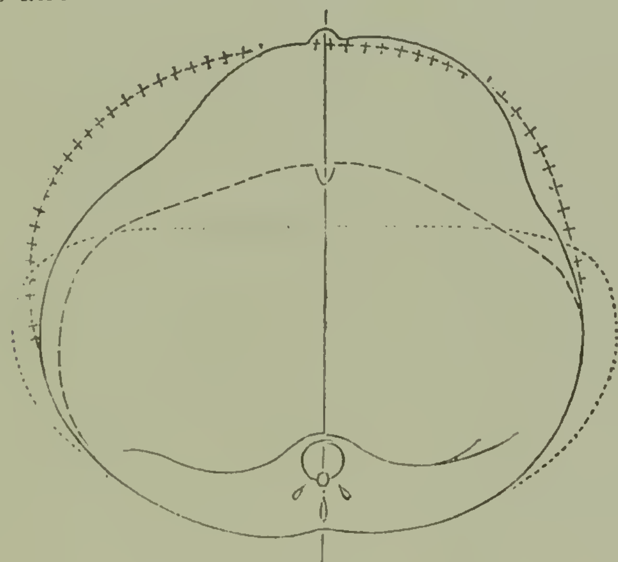
Dans l'*ascite* au début, le sujet étant couché sur le dos, les flancs sont élargis; plus tard, quand le liquide plus abondant remplit toute la cavité, le ventre uniformément distendu prend l'aspect globuleux d'une outre.

Les tumeurs de l'*estomac*, du *foie*, de la *rate*, du *rein*, de l'*ovaire*, font leur apparition dans des régions bien circonscrites d'où elles peuvent s'étendre au loin, et alors elles s'accompagnent souvent d'épanchements qui viennent modifier la forme du ventre et d'amaigrissement général.

Certaines *tumeurs fibreuses* de la matrice, les *môles*, les *kystes ovariques*, l'uniloculaire surtout, s'élevant jusqu'à l'ombilic, peuvent donner très exactement au ventre la forme qu'il prend pendant la grossesse. Dans la grossesse cependant la tumeur médiane au début, se dévie plus tard, de côté, habituellement à droite; dans le kyste au contraire la tumeur au début occupe une des fosses iliaques et ne devient médiane que lorsqu'elle a acquis un grand développement.

La tumeur formée par l'utérus gravide est régulière, sphérique d'abord, puis ovoïde, à grosse extrémité supérieure, un peu plus proéminente d'un côté que de l'autre ; elle soulève les parties *péri* et *sous-ombilicales* de manière à produire un relief comparable à celui que forme la *cornée sur la sclérotique*.

La figure schématique ci-dessous donne le contour de quelques-unes de ces déformations.



La ligne ——— représente le contour de la grossesse ;
» » — — — » » » du ventre normal ;
» » - - - - - - - » » » dans l'ascite au début ;
» » + - + - + » » » dans l'ascite ultime.

Fig. II.

L'ombilic, enfoncé pendant les deux premiers mois, s'efface et devient saillant à partir du sixième. Des vergetures irrégulières — rougeâtres et violacées quand elles sont récentes, blanches et nacrées quand elles datent de loin — zèbrent la peau et souvent une ligne brune parcourt le ventre de l'épigastre au pubis. — Enfin, après le cinquième mois, on peut encore *voir* les mouvements du fœtus.

Tantôt ce sont des espèces de trémoussements, tantôt des soulèvements ondulatoires, tantôt des bosselures fugaces, apparaissant et disparaissant brusquement. Par moments le globe utérin se dessine plus nettement sous la peau par le fait d'une contraction indolore.

Nous ne disons pas qu'un œil exercé n'hésitera jamais, il est des cas difficiles où l'on n'a pas trop de tous ses sens pour arriver à la certitude; mais nous affirmons, d'après notre expérience, que dans l'immense majorité des cas l'inspection attentive du ventre, seule, suffit pour donner une conviction et permettre d'affirmer un diagnostic.

Percussion. — L'utérus gravide donne partout un son mat. Vers le fond et sur les côtés la matité est moins prononcée et quelquefois masquée par des anses intestinales qui se glissent entre le viscère et la paroi abdominale, et qu'il importe de refouler des doigts avant de percuter. Dans ce cas la percussion superficielle donne de la sonorité; la percussion profonde, de la matité. Il arrive, surtout vers le fond de l'organe, que, le doigt appuyant bien certainement sur la matrice, on obtienne cependant de la sonorité en percutant un peu fort : c'est que la percussion fait vibrer une cavité voisine, colon ou estomac, fortement distendue par des gaz. Nous n'avons vu signalée nulle part cette cause d'erreur, bien évidente cependant pour nous.

La matité est d'autant plus étendue que la matrice est plus développée. De l'absence de matité on peut conclure que l'utérus ne s'élève pas au-dessus des pubis, à moins qu'il ne s'agisse d'un de ces faits extraordinaires et que nous n'avons jamais rencontrés, le développement de la matrice par des gaz ou la physométrie.

Si la *matité* est un signe constant de la grossesse, elle n'a

cependant rien de caractéristique, car des tumeurs étrangères à la conception peuvent occuper la région hypogastrique et lui ôter toute sonorité.

Piorri, le Paganini de la percussion, paraît avoir poussé cet art jusqu'à pouvoir, par son moyen, dessiner toutes les parties du fœtus ; nous arrivons plus sûrement au même résultat par la palpation.

Du palper.— Le palper, avons-nous dit, nous sert à constater avec précision : le *degré de développement* de la matrice, sa *situation*, sa *forme*, la *nature de son contenu*, la *présence*, la *vie*, le mode de *présentation* et même la *position* de l'enfant.

La position debout nous paraît contrarier l'exploration ; aussi, pour la pratiquer, faisons-nous coucher la femme sur le dos et, pour que ses parois abdominales soient bien relâchées, nous lui relevons un peu le thorax par un coussin et nous lui faisons écarter un peu les genoux et légèrement fléchir les cuisses sur le bassin.

Le décubitus doit être aussi horizontal que possible, dit M. Pinard (1) ; nous ne sommes pas de cet avis : la paroi abdominale, tendue chez un sujet couché à plat, se relâche évidemment quand le tronc s'incurve légèrement en avant et nous n'avons jamais observé que l'exploration du détroit supérieur en devenait moins facile.

Supposons d'abord qu'il faille reconnaître une grossesse douteuse de deux, trois ou quatre mois. On fera l'exploration le matin et la femme étant à jeûn, parce qu'elle a alors le ventre plus plat et plus souple.

Après l'avoir fait uriner, on applique les doigts des deux mains immédiatement au-dessus des pubis et on les enfonce graduellement et doucement, pour ne pas provoquer de

(1) *Ouvrage cité.*

douleur ou la contraction des muscles abdominaux, aussi profondément que possible. L'utérus atteint, on le suit *de bas en haut*. Lorsqu'on arrive au fond du viscère, les doigts n'éprouvent plus la résistance que leur opposait l'organe et s'enfonçant tout à coup plus profondément, ils peuvent le circonscrire fort exactement en haut et sur les côtés. Il faut surtout s'attacher à bien reconnaître la *résistance* et la *forme arrondie* et *lisse* du fond de la matrice. Dans le doute, on laisse la main gauche en place, et de la droite on percute pour s'assurer de la matité ou bien on va à la recherche du col, la main gauche déprimant alors de haut en bas ; ou la droite soulevant la matrice, on s'assure si le mouvement se communique d'une main à l'autre. Ce mode d'exploration, surtout chez les femmes maigres, permet le plus souvent de constater le développement de la matrice à une époque peu avancée de la grossesse et même de déterminer ses dimensions à l'état de vacuité.

Rœderer a décrit en d'excellents termes la manière d'examiner une matrice peu développée. « Post tertium mensem, » dit-il, curandum est ut fœmina jejuna urinam et alvum » deponat, supina cubet, lumbis depressis, capite pedibus » que elevatis, calcibus ad nates retractis, ita ut abdominis » regio laxetur. Tunc medicus abdomini palmam imponat » transversam, auricularem digitum versus os pubis tendat, » pollicem exadversum ad umbilicum. Validâ respiratione » fœmina abdomen concutiat, atque medicus, sub ipso » respirationis nisu, idem leniter imprimat. »

La fermeté de l'utérus n'est pas la même chez tous les sujets et, chez un même sujet, elle varie d'un instant à l'autre, de sorte qu'on est parfois tout étonné de sentir tout à coup, très nettement, l'organe sous la main, alors

qu'un moment auparavant on doutait encore si c'était bien lui qu'on touchait. C'est un motif pour prolonger l'exploration ou pour y revenir à plusieurs reprises. Ce caractère a une grande valeur : il est dû à un resserrement indolore et il n'y a guère que l'utérus ou certain kyste contenant un fœtus extra-utérin qui puisse le fournir.

Lorsque la grossesse est plus avancée, la matrice est naturellement plus grosse et son fond, plus élevé, est en même temps un peu dévié de côté, quatre fois sur cinq à droite. En général aussi l'organe est un peu moins ferme sous la main et moins nettement circonscrit. On le distingue le plus nettement sur la ligne blanche où la paroi abdominale est le plus mince.

Lorsqu'on a bien reconnu le fond de la matrice, on porte alternativement les doigts à droite et à gauche, en procédant de haut en bas, pour reconnaître les bords du viscère que l'on suit, sans *discontinuité*, jusqu'à l'entrée du petit bassin.

En comparant les données de la palpation avec celles de la percussion, on arrive à déterminer très exactement la forme et les dimensions de l'utérus.

Le volume et la forme de la matrice dépendant en grande partie de son contenu, il est évident que la grossesse gémellaire, l'hydramnios, les positions vicieuses du fœtus, etc., modifieront la forme habituelle de l'organe pour lui en imprimer d'inaccoutumées.

Vers cinq mois seulement le fœtus est assez développé pour qu'on puisse nettement le distinguer à travers les parois utérines assouplies.

Plus tôt, on peut comparer la matrice à une vessie en caoutchouc dont l'épaisseur et la consistance ne permettent que de *soupçonner* les solides et les liquides inclus. Mais

bientôt cette vessie s'assouplit, se dilate et offre sous la main une résistance particulière, une fluctuation sourde, facile à reconnaître avec un peu d'habitude. Cette fluctuation obscure est d'abord générale. Plus tard, en déprimant les parois, on tombe sur quelque partie dure, fuyant et revenant sous la main et offrant un ballottement analogue à celui qu'on perçoit par le vagin, le *ballottement abdominal.*

La grossesse faisant de nouveaux progrès, les parties fœtales deviennent plus volumineuses, moins mobiles et, par conséquent, plus accessibles et plus facilement reconnaissables à la main. Ici elles sont déjà appliquées contre la paroi utérine ; là elles en sont encore séparées par une couche de liquide qu'il faut déprimer pour les atteindre. Longtemps encore elles peuvent se déplacer sous la pression ou se déplacer spontanément, de sorte qu'on les trouve tantôt dans un point, tantôt dans un autre, et il arrive même qu'on peut suivre leurs migrations. Plus tard elles prennent plus de fixité : le *dos* s'applique contre une paroi et se reconnaît à une surface allongée, unie, ferme, qui aboutit, de part et d'autre, à deux grosses tumeurs arrondies.

A l'opposite du dos, en rapport avec le *ventre* du fœtus, la matrice est plus molle, *sourdement fluctuante* et, en la déprimant profondément, on rencontre les saillies angulaires et mobiles des membres repliés, les genoux et les pieds surtout.

La *tête* forme une tumeur arrondie, volumineuse, lisse, d'une dureté osseuse, en rapport avec le détroit supérieur 95 fois sur 100. Pour la trouver nous recommandons de placer le bord cubital de chaque main bien exactement dans le pli de l'aîne et de déprimer alors doucement des doigts la paroi abdominale : rien de plus facile que de la

reconnaître, on la tient entre les mains. Chez les primipares elle plonge ordinairement dans l'excavation pelvienne et, pour la reconnaître, il faut enfoncer les doigts un peu plus profondément et parfois leur imprimer de petits chocs.

D'après M. Pinard, *toujours la tumeur céphalique est plus accessible, plus saillante d'un côté que de l'autre, et la partie plus saillante, plus accessible et plus élevée est constituée par la région frontale.* Nous croyons devoir mettre le lecteur en garde contre cette assertion. Le front n'est que très rarement accessible : 74 fois sur 100 il échappe à la main, par cette raison qu'il y a 1,410 présentations antérieures du sommet sur 1,913 (P. Dubois), et que, dans les présentations antérieures le front est en rapport avec l'articulation sacro-iliaque et, par conséquent, inaccessible.

Le *siége* forme aussi une tumeur volumineuse, arrondie, lisse et dure et, à travers les parois de la matrice et du ventre, rien ne ressemble à la tête comme le derrière de l'enfant. On distinguera l'un de l'autre par comparaison : le siége est un peu moins gros, un peu moins sphérique, un peu moins dur que la tête, et puis on rencontre hatituellement les talons dans le voisinage des fesses. L'exercice apprend bientôt à la main à saisir ces nuances et à distinguer nettement le pelvis du crâne.

Les *talons* forment de petites tumeurs anguleuses, très mobiles ; à certains moments ils produisent de petites bosselures coniques à la peau et on peut les saisir entre deux doigts ; les *genoux* sont plus gros et ont plus de fixité ; l'*épaule* et même le *bras* se reconnaissent parfois, les *coudes* plus rarement. Le *dos* échappe au palper lorsqu'il est dirigé directement en arrière. Cependant, dans la majorité des cas, dans la position occipito-postérieure droite, par

exemple, on peut suivre le flanc du fœtus des fesses à la tête, le long du bord droit de l'organe qui offre une *dureté* continue, tandis que le bord gauche de la matrice est beaucoup plus souple et dépressible. Est-il besoin de dire que lorsque le dos regarde en arrière la main rencontre en avant, à travers des parois sourdement fluctuantes, les saillies formées par les membres repliés?

Enfin, il n'est pas jusqu'au placenta dont une main clairvoyante ne puisse, dans certaines conditions, distinguer la surface d'implantation.

D'après M. Wasseige, l'endroit où est greffé le gâteau serait caractérisé : 1° dans l'intervalle des contractions, par une plus grande épaisseur des tissus; 2° par plus de turgescence, moins de résistance et de dureté, pendant la contraction.

Nous devons avouer que nous ne sommes jamais parvenu à reconnaître avec certitude, par le palper, la surface d'implantation du placenta.

Le dos, la tête et le siége reconnus, la *présentation* du fœtus est déterminée, mais sa *position* ne l'est pas encore. En effet, la situation du dos est à peu près la même dans une présentation occipito-cotyloïdienne gauche que dans une mento-postérieure droite. Lorsque la tête se présente par son cône occipital, la nuque forme une ligne droite continue avec le dos et les doigts peuvent suivre, sans *interruption*, la longue surface qui s'étend des fesses à l'occiput. La tête se présente-t-elle par le menton? l'occiput est renversé sur le dos, le crâne est séparé du tronc comme par un *coup de hache* et, pour aller de l'une à l'autre, les doigts tombent dans une dépression profonde.

Cette reconnaissance du pays à tâtons peut sembler diffi-

cile et incertaine à qui ne l'a pas essayée. Mais à s'y exercer on acquiert bientôt une habileté qui paraît aussi merveilleuse que l'exquise finesse de l'ouïe et du tact dont sont doués certains aveugles. L'éducation du sens du toucher se fait vite et nous avons remarqué que nos élèves apprenaient plus rapidement à palper qu'à ausculter. Quelle est du reste l'exploration médicale qui ne demande ni attention, ni exercice ?

Je me rappelle combien je fus frappé de la facilité avec laquelle on arrive à reconnaître, à travers leurs enveloppes, toutes les parties de l'enfant, la première fois que mon père me montra la manière de palper. Après m'avoir fait délimiter la matrice par la percussion et la palpation, il me demanda : « Et maintenant, que sentez-vous là dedans? »

— Je sens, lui répondis-je, des bosselures, des points plus résistants et des points plus dépressibles, puis... c'est tout. Il me mit alors dans les mains une tumeur grosse comme deux poings, située un peu au-dessus de l'ombilic, à peu près sur la ligne médiane, arrondie, moins dure que l'os, plus dure que le muscle. — Qu'est-ce cela? me dit-il. — Cela pourrait être une tête ou un pelvis, à en juger par le volume et la forme arrondie.

— Et plus à gauche?

— Je sens une petite tumeur angulaire, un peu plus grosse que l'angle formé par un doigt fléchi, plus mobile que la première. Et comme je cherchais à la mieux reconnaître, elle s'échappa brusquement de mes doigts.

— Est-ce un genou, un coude ou un talon ?

Le mouvement que j'avais senti ressemblait à une ruade, et le volume de la tumeur me fit diagnostiquer un talon.

Reprenant la première tumeur, je constatai qu'elle se continuait sans interruption, tout le long de la paroi gauche du ventre, jusqu'au détroit supérieur; le long de la paroi droite, le ventre était dépressible et comme sourdement fluctuant. Plaçant alors les deux mains de façon à ce que leur bord cubital correspondît aux plis des aines, je les enfonçai peu à peu et tombai sur un fond dur; je tenais entre elles une grosse boule, d'une consistance osseuse, la tête. Je portai le diagnostic d'une grossesse arrivée près de son terme, avec enfant vivant, puisqu'il remuait, et se présentant par le sommet en position occipito-iliaque gauche. Le toucher et l'auscultation vinrent confirmer ce diagnostic sur lequel du reste je n'avais plus aucun doute.

L'exploration que mon père venait de me montrer, je l'ai fait exécuter à mon tour par mes élèves un très grand nombre de fois (deux fois la semaine, depuis dix ans), et je ne me rappelle pas qu'*une seule fois* ils ne soient pas arrivés, sous ma direction, à poser le diagnostic complet et certain de la présentation et même de la position de l'enfant.

Le palper n'est pas également facile chez tous les sujets. Chez certaines pluripares on arrive à reconnaître aussi clairement toutes les parties fœtales que si elles n'étaient recouvertes que d'un linge. Chez les primipares, aux parois abdominales et utérines épaisses et fermes, les sensations recueillies par le tact sont moins nettes, sans doute, mais avec un peu d'habitude, de persévérance et d'attention, on n'en arrive pas moins toujours à déterminer avec précision les rapports du contenu avec le contenant.

La plupart des auteurs qui ont traité du palper insistent sur les circonstances qui peuvent le rendre difficile et sem-

blent chercher des échappatoires pour le cas où, mis en présence d'un sujet, ils ne parviendraient pas à poser le diagnostic. Ces précautions témoignent d'une confiance limitée et nous paraissent inutiles. En effet, les circonstances qui peuvent empêcher la palpation de donner tous les renseignements désirables sont tout à fait exceptionnelles; ce sont : la péritonite, certaines tumeurs du ventre, l'ascite, l'hydramnios et le spasme ou la rétraction continue de la matrice, surtout après l'écoulement des eaux.

Après ce que nous venons de dire, il ne nous reste plus que quelques recommandations à faire ou quelques précautions à indiquer aux débutants.

Après avoir délimité la matrice en suivant tout son contour, nous avons l'habitude de promener rapidement les mains sur toute sa surface et de noter en passant les différences de consistance, les endroits les plus souples et les plus résistants du viscère. Est-il nécessaire de dire que le moment d'une contraction utérine est le moment propice pour délimiter l'organe et qu'il faut attendre le relâchement du muscle pour chercher à reconnaître son contenu?

Cette première exploration, pour ainsi dire à vol d'oiseau, nous indique les points où notre attention devra plus spécialement se porter dans la suite.

Les mains vont alors aux points durs qu'elles ont rencontrés dans l'épigastre. Il faut les ouvrir le plus largement possible, pour empoigner les parties fœtales : prenant point d'appui, d'un côté, avec les pouces, on s'efforce, avec les médius, de saisir ces parties par leur grand diamètre. Si on ne les prend que par un petit segment, à cause de leur

forme arrondie et de leur situation dans un liquide, on les sent glisser et fuir sous la pression, et les doigts qui voulaient les saisir passent au devant d'elles, ne pinçant que la peau. C'est 95 fois sur 100 le siége qu'on tient là. Il est bon de lui imprimer quelques petits mouvements de latéralité, qui ont souvent pour résultat de provoquer quelque mouvement actif des membres de l'enfant, lesquels deviennent alors plus superficiels et parfois même *visibles* sous les téguments. Dans tous les cas, après avoir bien reconnu la grosse tumeur du siége on explore les alentours et l'on rencontre le plus souvent dans le voisinage des tumeurs dures, angulaires et beaucoup moins volumineuses.

Pour reconnaître de quel côté s'étend le dos, nous glissons les mains sur la ligne médiane d'abord puis, de chaque côté, du pelvis de l'enfant vers les pubis de la mère : le dos se trouve là où les mains ont rencontré la paroi la plus ferme. Pour bien s'en assurer on pose légèrement la pulpe des doigts sur la peau, puis on leur imprime brusquement de petits chocs : tout le long du plan dorsal ils tombent sur un fond dur, ininterrompu ; du côté où est tourné le ventre du fœtus, les parois sont plus souples, plus dépressibles et, dans la profondeur, les doigts tombent sur les saillies des membres.

Nous avons dit déjà comment les mains devaient être disposées pour l'exploration de l'entrée du détroit supérieur : la paume des mains appliquée sur les bas côtés du ballon utérin, les doigts doivent se placer bien exactement dans le pli des aines et s'enfoncer doucement dans la direction du promontoire : plus en avant, les mains, en s'avançant à la rencontre l'une de l'autre, passeraient au devant de la tumeur fœtale, ne saisiraient que les tégu-

ments et feraient naître chez la femme des besoins d'uriner intempestifs.

Un autre procédé consiste à placer une main en travers, son bord cubital longeant les pubis, puis à empoigner largement à travers l'hypogastre la tumeur fœtale qu'elle tient par un grand diamètre entre le pouce et le médius disposés en crochets.

Quelle que soit la partie fœtale à déterminer, à appuyer dessus d'une manière continue ou à petits chocs, on ne recueille de renseignements que sur sa *consistance*. Pour avoir une idée de sa *forme*, il faut faire glisser dessus les doigts ou la peau.

Toutes ces manipulations doivent être faites avec douceur; il ne s'agit ni d'un massage, ni d'un pétrissage du ventre et les doigts qui pressent le plus fort ne sont pas ceux qui sentent le mieux. En déprimant doucement, graduellement les tissus, on peut atteindre de grandes profondeurs sans causer aucune souffrance. A vouloir arriver d'emblée très profondément, on imprime des chocs pénibles, le sujet devient indocile et il réagit contre la douleur en contractant ses muscles abdominaux. Dans les leçons pratiques que nous donnons à la Maternité, et où les élèves sont appelés par séries de huit ou de dix, nous n'avons jamais entendu une femme se plaindre de toutes ces palpations successives.

On devine sans peine qu'à chaque mode de présentation, et même à chaque position, doit correspondre pour la main exploratrice une série d'impressions tactiles différentes. En conséquence, pour être complets, nous serions entraînés, si nous avions l'imprudence d'adopter la classification de Baudelocque, à donner 106 descriptions diffé-

rentes! Nous ne nous sentons pas le courage de soulever cette montagne. Ce gros labeur descriptif est d'ailleurs inutile, puisqu'il ne faut aucun effort d'intelligence, les rapports du siège, du crâne, du dos, étant donnés, pour se figurer aussitôt de laquelle des 106 positions il s'agit. Nous nous bornerons donc à citer quelques exemples typiques, à la suite desquels nous signalerons quelques cas rares, parfois embarrassants.

1. Supposons une primipare arrivée à 8 mois d'une gestation normale. Voici ce que l'on rencontre *presque toujours* : ballon utérin faisant saillir les régions *péri* et *sous-ombilicales* et s'élevant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic; les deux tiers de l'organe sont dans le côté droit du ventre (obliquité droite 3/4). Un peu au-dessus de l'ombilic et à droite, une tumeur dure, volumineuse, arrondie, parfois surmontée de tumeurs plus petites; — plus souvent ces tumeurs plus petites, angulaires, se trouvent plus en arrière et à droite, sous le foie. Le côté gauche de la tumeur utérine est ferme, résistant; le côté droit, souple, sourdement fluctuant et permettant de sentir, dans la profondeur, des bosselures formées par les membres. Les doigts peuvent suivre, *sans interruption*, un long plan résistant, s'étendant de haut en bas, et un peu en sautoir, de l'hypochondre droit vers la cotyloïde gauche, le dos. Sur la ligne médiane, au-dessus du pubis, et plongeant en partie dans l'excavation, une tumeur très volumineuse, arrondie, lisse et d'une dureté nettement osseuse.

2. Que l'on reconnaisse le dos situé exactement comme dans le cas précédent, mais que la tumeur la plus volumineuse et la plus dure, ou la tête, se trouve là où le siége se trouvait tantôt..., il s'agit d'une présentation du pelvis en

position sacro-cotyloïdienne gauche, et le crâne, plus à l'aise dans le fond de l'organe que dans son segment inférieur, ballottera nettement sous la main.

3. Nous considérons les présentations de la face comme des présentations secondaires, ou un *accident*, d'une présentation primitive du sommet. Nous ne les avons jamais rencontrées pendant le cours de la grossesse, et nous estimons, avec Matthews Duncan, qu'elles se produisent seulement au début du travail. Le mécanisme de leur production est très simple : la tête étant poussée vers le bas par la contraction utérine, si l'occiput rencontre un obstacle plus considérable à la descente que le front, celui-ci descend plus vite ou descend seul, et la tête s'étend. Cet obstacle est habituellement la partie antérieure de la marge du bassin ; plus bas, cette extension est impossible, parce que, à un moment donné, le diamètre occipito-mentonnier, de 13 1/2 centimètres, devrait pivoter dans les diamètres de l'excavation qui ne mesurent que 12 centimètres. Or, dans les présentations de la face, les eaux s'écoulent souvent très tôt, et après cet écoulement le palper devient plus difficile. Cependant, lorsque la matrice n'est pas encore revenue trop fortement sur elle-même, on peut constater que dans une position mento-iliaque droite, par exemple, (et c'est la plus commune, puisqu'elle correspond à une position occipito-cotyloïdienne gauche, primitive), les membres, le siège, le dos et le crâne du fœtus se trouvent exactement dans la même situation que s'il s'agissait d'une position occipito-cotyloïdienne gauche seulement, entre la tête et le dos, la main sent la dépression en *coup de hache* que nous avons déjà signalée.

4. La forme ovoïde de l'utérus est changée; sa plus

grande étendue, au lieu d'être longitudinale, est oblique, de la fosse iliaque droite vers l'hypochondre gauche; une tumeur volumineuse, arrondie, osseuse, occupe la fosse iliaque droite; une autre tumeur, un peu moins grosse et dure, fait saillie dans le flanc gauche, à la hauteur de l'ombilic; allant de l'une à l'autre, en passant au-dessous de l'ombilic, les doigts suivent un plan résistant, lisse, ininterrompu : il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche, variété dorso-antérieure (*V.* fig. III).

5. Les deux grosses tumeurs occupent la même situation que dans le cas précédent, seulement, au lieu du plan résistant reliant l'une à l'autre, on rencontre une paroi plus souple et, dans la profondeur des tissus dépressibles, les inégalités, les bosselures des membres : c'est l'épaule droite qui se présente en variété dorso-postérieure.

6. Quand la grossesse est gémellaire, la main reconnaît les deux fœtus, dans un utérus plus développé, plus large et plus tendu que d'ordinaire. Dionis (1) décrit déjà la manière de reconnaître la grossesse multiple par la palpation du ventre. Le diagnostic n'est pas toujours si facile qu'il pourrait le paraître à première vue : il arrive en effet souvent qu'un des jumeaux est situé au devant de l'autre, de manière à le masquer presque complètement.

7. Utérus sphérique plutôt qu'ovoïde, parois minces, tendues; fluctuation très manifeste; fœtus relativement petit et extraordinairement mobile : il s'agit d'une hydropisie de l'amnios.

8. Tumeur dure, arrondie, énorme, débordant les pubis

(1) *Traité général des accouchements*, par M. Dionis, premier chirurgien de feues mesdames les Dauphines, maître chirurgien juré à Paris, 1724, liv. II, p. 136.

ou, plus souvent, située vers le fond de la matrice; eaux presque toujours fort abondantes : le fœtus est hydrocéphale.

Nous ne nous arrêterons pas à décrire les caractères qu'offrent à la main les nombreuses variétés de grossesse extra-utérine, ni les signes qui différencient la tumeur utérine de toutes les tumeurs que peuvent former chacun des organes contenus dans la cavité abdominale; ce serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé et promener le lecteur à travers une galerie de tableaux qu'il ne doit pas s'attendre à trouver ici.

Le palper ne rend pas seulement les services les plus importants pendant la grossesse et le travail, il est encore tout aussi précieux après l'accouchement. La main appliquée sur le ventre de la femme, après la sortie de l'enfant, permet de constater si l'utérus est inerte ou rétracté; — si le placenta est adhérent, décollé, ou sorti de la matrice — au besoin elle l'en exprime; — s'il existe un spasme ou s'il s'est produit quelque degré d'inversion.

Tels sont, rappelés à grands traits, les immenses services rendus par une exploration que mon père enseignait à ses élèves dès 1837, qu'il n'avait apprise lui-même de personne, et dont on ne saurait aujourd'hui, sans injustice, détacher son nom.

L'auscultation. — Nous ne manquons jamais, dans les exercices pratiques que nous dirigeons, de faire terminer l'exploration du ventre par l'auscultation. Si le diagnostic que vous venez de poser — avons-nous l'habitude de dire à nos élèves — est exact, à quel point précis devez-vous entendre le summum d'intensité des bruits cardiaques? Eh bien, ce summum d'intensité nous l'avons toujours trouvé

très exactement, là où nous l'avions annoncé. La position de la tête et du dos étant donnée, il ne faut pas être doué d'une faculté de devination bien extraordinaire pour désigner la place où le cœur doit battre.

L'auscultation, très utile comme moyen de contrôle ou de confirmation, serait à elle seule d'un secours très incertain pour le diagnostic différentiel de certaines présentations du tronc; car, comme mon père l'a fait remarquer en 1843, « en admettant que le *summum* d'intensité du bruit cardiaque soit toujours perçu dans le point qui correspond réellement à la région du cœur, si l'on veut supposer la tête dans l'une ou l'autre des fosses iliaques, ce *summum* pourra s'étendre plus ou moins haut, selon l'épaule qui se présentera et selon qu'elle sera plus ou moins exactement en rapport avec le détroit supérieur; il en sera de même si, au lieu du crâne, on suppose que c'est le pelvis qui se trouve dans l'une des fosses iliaques. Mais il est une autre cause de difficulté, c'est que le *summum* d'intensité des battements doubles, quoique devant physiquement correspondre à la région cardiaque, n'est cependant pas toujours perçu dans ce point; la raison en est que cette région peut être plus éloignée de l'oreille que d'autres régions capables aussi de transmettre le son. »

Deux summum d'intensité indiquent sûrement une grossesse double.

L'auscultation fournit, en outre, les renseignements les plus précieux sur l'état de vie, de souffrance ou de mort du fœtus, et est un guide à toujours consulter pendant le travail : elle révèle les indications de certaines interventions et leur moment opportun. Ausculter c'est tâter le pouls de l'enfant.

DE LA VERSION PAR MANOEUVRES EXTERNES.

Je pourrais me borner à reproduire ici les règles de la version externe, telles que mon père les a tracées — « *si précises déjà et si simples* (Pinard) » — dans le mémoire qu'il a publié en 1843.

Comparant ce qu'enseignait le professeur de Louvain, à ce que l'on enseignait à la même époque dans les écoles et, plus particulièrement, à ce qu'avait enseigné Wigand, il me serait aisé de faire voir de combien mon père était en progrès et sur ses devanciers et sur ses contemporains. Rapprochant ensuite les écrits les plus récents du mémoire de 1843, il ne me serait pas bien difficile de démontrer que là où ils s'en écartent, ils errent, et qu'en aucun point essentiel, ils ne sont en avant. Cette étude historique, comparée de l'idée, me placerait assurément au point le plus favorable pour établir le bien fondé de revendications qui sont pour moi un devoir. Mais mon but principal, en écrivant ces lignes, n'est pas tant de produire des réclamations légitimes, que de pousser à l'adoption et à la vulgarisation d'une opération dont tant d'êtres humains auront à bénéficier, et je renonce volontiers à un plan de description plus habile pour en adopter un plus scientifique.

Les lois d'une opération rédigées d'inspiration, ont peu d'autorité et, pour être acceptées en science, les formules trouvées de prime-saut ont besoin du contrôle de l'expérience. Avant donc que de décrire les règles de la version par manœuvres externes, il est naturel que je fasse connaître les faits dont elles découlent, et qui devront servir de base à l'exposé des doctrines et à la discussion des théories.

Donnons donc d'abord la parole aux faits.

OBS. I. — *Pluripare. — Présentation vicieuse oblique. — Tête dans la fosse iliaque droite. — Version céphalique externe. — Bandage de ventre. — Accouchement en O. I. D. P. — Enfant vivant.*

Enceinte pour la quinzième fois, Élisabeth Ramèse, musicienne ambulante, entra à la Maternité de Louvain, dans les premiers jours de février 1841 ; elle ignorait l'époque de sa grossesse, et le volume du ventre, joint à la mollesse et à la dilatabilité du col de l'utérus, aurait fait croire qu'elle était près de son terme, quoiqu'en réalité elle ne fût qu'à 7 1/2 mois.

Le 14 et le 15 mars, elle éprouve de petites douleurs intermittentes dans les lombes; le 16 au matin, M. Bessems, élève interne de l'établissement, croit reconnaître une présentation de la tête, mais cette partie est si élevée, si mobile, que c'est à peine s'il peut l'atteindre. Vers trois heures de l'après-midi, je trouve le col de la matrice fort élevé, peu dilaté, mais souple, dilatable, les membranes assez tendues, même dans l'intervalle des douleurs ; je ne puis parvenir à toucher le fœtus, et M. Bessems, que j'engage à toucher de nouveau, ne rencontre également plus rien ; les autres élèves ne sont pas plus heureux ; un seul croit toucher quelque chose qu'il compare aux fausses côtes. J'introduis alors deux doigts à une grande profondeur et je parviens à une rangée de petites saillies que leur élévation et leur mobilité ne me permet pas de reconnaître positivement, mais que je crois être les phalanges d'une main.

Je fais coucher la femme, je mets ses muscles abdominaux dans le relâchement et, malgré une certaine tension

de l'utérus, je distingue deux tumeurs situées l'une dans le flanc gauche, l'autre dans la fosse iliaque droite; elles étaient assez mal dessinées et ne m'offraient que peu de prise, lorsque heureusement le fœtus exécuta un mouvement à la suite duquel la plus élevée (celle qui se trouvait à gauche et que je soupçonnais être le siége) devint saillante et forma une bosse appréciable à la vue. Je profitai de cette circonstance pour la pousser en haut en dedans, vers l'épigastre, tandis que, de l'autre main, j'appuyais sur la tumeur occupant la fosse iliaque droite de manière à la refouler vers le centre du bassin. Le toucher, pratiqué immédiatement après, me permet de reconnaitre la tête; mais elle est encore très élevée, très mobile et inclinée de manière que l'oreille droite est accessible et le sommet dirigé vers l'aine droite.

L'examen du ventre n'avait d'abord eu pour but que le diagnostic; l'occasion seule, c'est-à-dire la bosse formée par le pelvis du fœtus, m'avait ensuite donné subitement l'idée de corriger le vice de la présentation par des pressions extérieures.

N'ayant pas encore la confiance que j'ai aujourd'hui dans ces manipulations, je les bornai là, toutefois je fis appliquer une sorte de corset assez fortement serré, surtout inférieurement, dans le double but de *forcer la tête à descendre vers le centre du bassin* et de *diminuer l'étendue transversale de l'utérus* qui était très grande (1).

(1) Il est donc prouvé qu'en 1841 :

1° Mon père enseignait à ses élèves la manière de faire le diagnostic de la présentation de l'enfant par le palper abdominal;

2° Qu'il eut l'idée, mise à exécution, de pratiquer la version au moyen de pressions extérieures;

3° Que pour maintenir la réduction du fœtus, il employa une ceinture abdominale spéciale, réinventée à Paris, mais non perfectionnée, par M. Mattei, quatorze ans, et par M. Pinard, trente-sept ans plus tard.

Ce moyen réussit fort bien, car, un peu plus tard, le sommet se trouvant ramené vers l'orifice utérin, la poche des eaux fut rompue et bientôt des contractions énergiques fixèrent le crâne en troisième position de Capuron.

A partir de ce moment, le travail n'offrit plus rien de particulier. Enfant vivant.

Obs. II. — *Primipare. — Présentation défectueuse, devenue vicieuse, oblique, céphalo-iliaque gauche. — Version céphalique externe. — Décubitus latéral. — Accouchement normal.*

Mme D..., grande femme bien constituée, primipare, ressent les premières douleurs de l'enfantement, le 4 novembre 1842, à 3 heures du matin, et me fait appeler à 5 heures. Je trouve les douleurs préparantes régulières, le col de la matrice relevé en arrière et à gauche, difficile à atteindre, peu dilaté, mais assez mince; je n'arrive qu'avec infiniment de peine à une région du fœtus qui me paraît être la tête fortement déviée à gauche. Espérant que cette déviation se corrigera d'elle-même ou par le fait des contractions utérines, je m'abstiens de toute manœuvre et je reviens chez moi. Pendant mon abscence, il survient quelques vomissements, et Mme D... se fait un peu de mal en descendant de son lit qui est fort haut. A mon retour, vers 8 heures, je veux m'assurer si le crâne est devenu plus accessible, mais quelque effort que je fasse, je ne puis plus arriver au fœtus. J'engage Mme D... à se coucher à plat sur le petit lit, je lui fléchis les cuisses sur le bassin, je palpe le ventre avec soin et je reconnais, dans la fosse iliaque gauche, une tumeur arrondie, volumineuse et, sous

les fausses côtes droites, deux saillies plus petites que la patiente me dit lui faire du mal et vers lesquelles elle porte la main. Je suis donc autorisé à croire que le fœtus se trouve dans une situation oblique, la tête en bas et à gauche, le pelvis dans la direction opposée. En conséquence, je presse en dedans et en bas, sur la tumeur qui occupe la fosse iliaque gauche, tandis que de l'autre main je refoule le fond de l'utérus en haut et en dedans, vers l'épigastre; je répète cette manipulation pendant quatre à cinq douleurs (1) et je recommande à M[me] D... de s'incliner sur le côté gauche. La sensation douloureuse qu'elle accusait dans le flanc droit a disparu et je trouve la fosse iliaque gauche dégagée, ce qui me fait croire que l'axe du fœtus s'est remis en rapport avec celui de l'utérus et du détroit supérieur. En effet, un nouvel examen m'apprend que le crâne, facilement accessible, répond au centre du bassin. La même position est conservée et je surveille la marche du travail, en ayant soin de m'assurer de temps en temps que la présentation vicieuse ne se reproduit pas.

Les douleurs se succèdent assez bien pendant la mati-

(1) Mon père tombe ici dans la même erreur que Wigand; mais il est encore tout au début de ses études sur la version externe. L'expérience lui apprit bientôt que ce n'est pas *pendant* les contractions utérines, mais *dans leurs interva les* et, mieux encore, *avant le travail* qu'il faut se livrer aux manipulations extérieures pour corriger facilement les vices de présentation. Deux ans plus tard, à la suite de la relation d'un nouveau fait, il écrivait :

« J'ai failli échouer : 1° parce qu'un certain degré d'hydramnios (il y avait au moins trois fois plus d'eau que de coutume), tendait les parois utérines; 2° parce que les douleurs, très fréquentes par elles-mêmes, se réveillaient souvent sous mes tentatives; 3° parce que la présentation était fort voisine d'une transversale. De ces difficultés, la plus sérieuse était l'*action de l'utérus lui-même*, et la preuve en est que j'ai réussi sans peine, du moment où j'ai trouvé le *viscère bien relâché*. Il *faut* donc saisir le moment opportun; ce point est de la plus haute importance ».

née, le col se dilate peu à peu... la marche du travail, quoique un peu lente, n'offre rien de particulier. Enfant vivant.

OBS. III. — *Pluripare. — Présentation de l'épaule droite dorso-antérieure. — Circulaire du cordon. — Eaux écoulées. — Version céphalique externe. — Bandage de ventre. — Accouchement en O. C. D.*

Parvenue au terme d'une troisième grossesse, Mme Z. me fit appeler le 20 décembre 1842, vers 6 heures du soir, et m'apprit que la veille elle avait beaucoup travaillé, malgré les petites douleurs qu'elle ressentait de temps en temps dans les reins; qu'elle avait bien dormi la nuit; que le matin à son réveil, des eaux abondantes s'étaient écoulées; que l'écoulement avait continué dans la journée et se renouvelait encore lorsqu'elle faisait un mouvement, mais que du reste elle n'éprouvait, et n'avait éprouvé depuis la veille, aucune douleur.

Je trouvai le col de l'utérus fort élevé et assez dilaté pour permettre l'introduction de deux doigts; pénétrant à une grande profondeur, j'atteignis une tumeur molle qui n'était certainement pas la tête; je ne pus distinguer si c'était une épaule ou une fesse; je recommandai à la femme de se tenir au lit, et de me faire avertir dès les premières douleurs.

Mais le volume et surtout la largeur de l'utérus, malgré l'écoulement d'une masse d'eau, l'élévation de la partie qui se présentait, la certitude que ce n'était pas le crâne, le doute si c'était le pelvis ou l'épaule, les difficultés que cet accouchement pouvait présenter, tout cela m'inquiétait et je retournai chez la patiente à 9 heures, bien décidé à ne plus

la quitter sans savoir à quoi m'en tenir sur le diagnostic.

Aucune douleur n'était survenue depuis mon départ. Je fais lever Mme Z., j'introduis deux doigts bien haut et je parviens à une tumeur unique, présentant un point osseux au milieu de parties molles, illimitée à droite (bras), arrondie et circonscrite à gauche (sommet de l'épaule); plus à gauche et plus profondément, je pénètre dans un creux (le cou), et dans ce creux je sens une tige lisse, arrondie, offrant des pulsations artérielles manifestes très fréquentes et appartenant sans aucun doute au fœtus, puisqu'elles ne sont isochrones ni au pouls de la mère, ni au mien, comme je m'en assure de la main restée libre. C'est donc positivement l'épaule qui se présente en position céphalo-iliaque gauche et le cordon ombilical fait une circulaire autour du cou.

N'ayant pu arriver ni à l'omoplate ni à la clavicule, je ne savais quelle était l'épaule qui s'offrait; je pensai toutefois que c'était la droite, par la raison qu'elle appuyait plus fortement contre la paroi antérieure de l'utérus que contre la postérieure.

Voulant préparer Mme Z. aux manœuvres qui allaient devenir nécessaires, je lui adressai des questions qui lui firent comprendre que son enfant était mal placé. Elle n'en parut nullement étonnée, et elle me dit qu'elle avait fait une chute quelques jours auparavant; que, dans la dernière quinzaine surtout, la gestation avait été pénible; que les mouvements de l'enfant s'étaient principalement fait sentir dans le flanc droit; enfin, qu'elle-même avait pensé ou qu'il n'était pas bien placé ou qu'elle en portait deux.

L'ayant engagée à se recoucher et lui ayant mis les muscles abdominaux dans le relâchement, je palpe le ventre qui est très souple, et je sens distinctement dans la

fosse iliaque gauche la tête du fœtus — et, au-dessous du foie, le pelvis surmonté d'une petite saillie dure qui me fait l'effet d'un pied ; entre ces deux tumeurs l'utérus est résistant, ce qui me porte à croire que le dos est en avant, c'est-à-dire qu'il s'agit réellement d'une position céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite (Voir fig. III).



Fig. III.

Placé à gauche de la femme, le dos dirigé vers le chevet du lit, j'appuie fortement de la main gauche, de haut en bas et de dehors en dedans, sur la tumeur qui occupe la fosse iliaque gauche, tandis que de la main droite je relève vers

l'épigastre l'autre tumeur située sous le foie. Je sens manifestement que le crâne se laisse refouler vers le centre du bassin et que le siège, par un mouvement opposé, se reporte supérieurement vers la ligne médiane; je reconnais, presque directement au-dessus de l'ombilic, une petite saillie qui ne peut être qu'un pied ou un genou; de plus, la forme du ventre se trouve sensiblement changée.

Ayant fait comprendre à la garde-couche le but que je m'étais proposé et que je croyais avoir obtenu, je la fis monter sur le lit, à droite de la femme, et je lui dis de mettre ses deux mains à la place des miennes; je portai alors l'indicateur et le médius gauches dans le col au centre duquel je rencontrai l'oreille droite. C'était beaucoup; c'était plus que je n'avais espéré en commençant la manœuvre, mais ce n'était pas assez : laissant les deux doigts dans les parties, j'appuyai de nouveau sur la région iliaque gauche; en même temps j'ordonnai à la garde de relever de ses mains et de refouler fortement à gauche le fond de l'utérus. Ces manipulations réussirent si bien que je sentis évidemment l'oreille fuir sous mes doigts, remonter à droite, un peu en arrière et devenir tout à fait inaccessible. Une tumeur osseuse, régulière, large était venue prendre sa place. Je remarquai que l'orifice était dévié à droite, comme s'il eût partiellement suivi le mouvement du crâne; j'en accrochai un bord et tâchai de le ramener au centre du bassin, ce que j'obtins en partie.

Pour éviter la reproduction du mal, nous tînmes quelque temps nos mains en place et, dans le but de provoquer des contractions utérines, que cette manœuvre n'avait point éveillées, je fis prendre d'abord 15 grains, puis, un quart d'heure plus tard, une seconde dose de seigle ergoté; mais

ce médicament n'eut pour effet que de causer quelques nausées; ce que voyant, je pliai un drap de lit en quatre et le passai sous les reins; une serviette pliée en forme de grosse compresse longuette fut placée longitudinalement à droite de l'utérus; une pelote du volume d'un poing fut appliquée en bas et à gauche, un peu au-dessus du ligament de Poupart, et le tout, fortement serré par le bandage de corps, fut cousu solidement. Cela fait, je touchai de nouveau et trouvai la tête au centre du bassin, mais toujours fort élevée. Je fus ensuite me reposer, fort heureux du résultat obtenu.

Nos manipulations, favorisées par une grande souplesse des parois abdominales et utérines, n'avaient déterminé aucune contraction de la matrice; tout ce qu'elles avaient occasionné, c'est un peu de gêne, mais pas de souffrance véritable; la patiente nous aidait de son mieux. Elle ne tarda pas à dormir ou du moins à sommeiller. Vers minuit trois ou quatre petites douleurs se firent sentir dans les reins... puis Mme Z. se rendormit.

Le matin, à 7 1/2 heures, il n'était survenu aucun changement; seulement le crâne me parut un peu abaissé; toutefois, je ne pus encore arriver aux fontanelles. Un peu de liquide teint en rouge me coula le long du poignet pendant cet examen; je me retirai, recommandant qu'on vînt m'appeler dès que les douleurs se manifesteraient. Elles ne se déclarèrent que vers une heure; à deux heures le col, plus souple que le matin, était dilaté de la largeur d'une pièce de 5 centimes; le crâne plus accessible ne se trouvait cependant pas encore franchement engagé; il paraissait incliné sur le pariétal droit, de telle façon que l'occiput répondant à la cotyloïde droite, le sommet regardait les pubis. Je

supposai que l'axe du fœtus n'était pas exactement en rapport avec celui de l'utérus; mais j'espérais que les efforts naturels suffiraient, à eux seuls, pour corriger cette légère déviation. — Vers 4 heures les douleurs commençaient à prendre le caractère expulsif, quoique l'ouverture du col n'eut guère que la largeur d'une pièce de 10 centimes; la tête, un peu descendue, pesait sur le pourtour de l'orifice et le tendait pendant les contractions. Celles-ci devinrent bientôt énergiques, fréquentes, et je reconnus que, par suite du redressement du crâne, la petite fontanelle avait glissé en arrière et se trouvait vers l'extrémité droite du diamètre transverse de l'excavation. La dilatation du col s'était complétée rapidement, mais la tête resta environ deux heures dans sa position transversale, à un travers de doigt au-dessus du périnée. Enfin, vers 6 1/2 heures, le mouvement de pivot s'opéra brusquement et, sous l'action de la même douleur, le crâne vint se dégager. Comme la circulaire du cordon était tendue sur le cou, j'en fis la section avant de dégager le tronc.

L'enfant était dans un léger état d'asphyxie, mais il se ranima complètement au bout de quelques minutes de soins. La délivrance fut prompte et facile. Les couches n'offrirent rien de particulier.

Obs. IV. — *Bipare. — Présentation vicieuse céphalo-iliaque droite. — Version céphalique externe. — Bandage. — Accouchement en O. C. G. — Enfant mort.*

Marie-Anne Sterckm..,, 37 ans, grande et forte femme. Parvenue à 7 1/2 mois, d'une deuxième grossesse, elle fut conduite chez un praticien très expérimenté qui, après

l'avoir soumise au toucher, lui dit que son enfant était probablement mal situé et qu'elle ferait bien d'entrer à la Maternité. Elle suivit ce conseil, et servit pendant six semaines aux exercices du toucher. Ni les élèves, ni moi ne pûmes jamais atteindre distinctement à une partie du fœtus...

Dans la journée du 6 décembre 1842, quelques douleurs se firent sentir; comme elles étaient faibles et rares on ne me fit appeler que vers 7 heures du soir. A mon arrivée, M. Cuylits, élève interne, me dit que, par le toucher, il était parvenu, non sans peine, à une épaule; que, par le *palper, abdominal*, il avait reconnu le crâne dans le flanc gauche, une épaule vers l'ombilic, le siége dans la fosse iliaque droite; enfin, que, par l'auscultation, il avait surtout bien entendu le bruit cardiaque au voisinage du nombril. Je palpai le ventre à mon tour et, comme lui, je trouvai une tumeur assez volumineuse, arrondie, vers le flanc gauche, et une autre tumeur, également volumineuse et arrondie, dans la fosse iliaque opposée; mais, tout en admettant le diagnostic d'une présentation oblique du tronc, je lui fis observer que rien ne prouvait que l'extrémité pelvienne fût en bas plutôt que la céphalique; que, quant au bruit cardiaque, il pouvait très bien s'entendre près de l'ombilic, en supposant la tête dans la fosse iliaque. Par le vagin, je trouvai le col de la matrice fort élevé, ses lèvres en contact, mais assez souples pour permettre l'introduction de deux doigts que je portai à une très grande profondeur, l'éta' mental et la docilité du sujet me permettant de faire plus d'efforts qu'on n'en fait d'habitude. Cependant, je ne pus atteindre aucune partie fœtale.

Le diagnostic d'une présentation vicieuse nous paraissant

suffisamment établi, nous nous mîmes en devoir de la changer à travers les parois abdominales. Les cuisses étant fléchies sur le bassin, et le haut du tronc légèrement relevé par des coussins, M. Cuylits reporta vers l'épigastre la tumeur située dans le flanc gauche, tandis que j'appuyais des deux mains et de dehors en dedans sur celle qui occupait la fosse iliaque droite. Bientôt je la sentis céder sous la pression et dès lors nous pûmes nous assurer que l'autre extrémité de l'ovoïde fœtal se trouvait reportée sur la ligne médiane où nous la trouvions, un peu au-dessus du nombril, surmontée d'une petite saillie mobile faisant l'effet d'un pied ou d'un genou ; ce qui nous porta à penser que la tête était dirigée en bas. Effectivement, ayant touché, l'un et l'autre, nous la reconnûmes d'une manière certaine, quoiqu'elle fût réellement encore au-dessus du détroit. Pour conserver l'effet obtenu, deux grosses compresses furent appliquées sur les côtés de l'utérus, dans la direction des sillons que présente le ventre des femmes enceintes : celle du côté droit était plus épaisse en bas, celle du côté gauche, au contraire, plus volumineuse en haut. Un bandage de ventre assez fortement serré servit à les maintenir et à exercer un certain degré de compression.

J'attendis quelque temps, mais voyant que les douleurs ne changeaient pas de caractère, je me retirai vers 9 heures. A minuit, les choses étaient dans le même état, et M. Cuylits, désirant aller reposer, prit le parti de rompre les membranes, dans la crainte que le vice de présentation ne vînt à se reproduire et dans l'espoir d'activer le travail. Les enveloppes de l'œuf étaient minces et les eaux parurent se trouver en dessous plutôt qu'au-dessus de la quantité ordinaire. Après avoir attendu quelques douleurs et s'être

assuré que le sommet se présentait toujours, l'interne laissa la femme de service seule auprès de la patiente. Les contractions utérines continuèrent de se montrer faibles et rares, et dans la matinée du samedi. je ne trouvai presque aucun changement dans l'état des parties, cependant le crâne était un peu abaissé et je pus, ainsi que M. Cuylits et quelques autres étudiants, reconnaitre la fontanelle antérieure en rapport avec la cotyloïde gauche; elle était très petite, mais on sentait distinctement l'origine des quatre sutures qui en partent.

La marche du travail resta la même dans l'après-midi... Je baptisai l'enfant... Dans la nuit, sans se suspendre complètement, les contractions devinrent beaucoup plus faibles et surtout plus éloignées... elles se ranimèrent un instant vers 3 heures du matin, et du méconium fut expulsé; ce qui me fit croire que le fœtus avait succombé, d'autant plus qu'une fétidité extraordinaire s'exhalait de cette femme.

A 10 heures du matin, la dilatation du col avait fait quelques progrès; son ouverture offrait la largeur d'un sou; son pourtour, un peu tuméfié dans le point qui correspond à l'occiput, se tendait sous la pression du crâne pendant la douleur; le cuir chevelu présentait un peu d'*œdème*, ce qui n'existait pas à minuit et permettait peut-être de croire que la vie n'était pas complètement éteinte. Je portai gros comme un pois d'extrait de belladone sur le col; un quart d'heure plus tard je fis administrer 10 grains, puis une deuxième dose, puis une troisième de seigle ergoté. Celle-ci fut suivie d'un vomissement. Le col de la matrice céda bientôt, la tête plongea rapidement dans l'excavation, exécuta son mouvement de pivot en avant et se dégagea vers midi, pour se reporter à droite. Comme j'en avais ex-

primé le soupçon, le cordon formait une circulaire sur le cou. L'issue du tronc se fit attendre quelque temps, malgré les efforts expressifs et des tractions légères opérées sur la tête. — L'enfant, bleuâtre, surtout aux lèvres, fit un très léger mouvement d'inspiration; de temps à autre un faible battement du cœur nous donna quelque espoir, mais ce souffle de vie s'éteignit peu à peu... La délivrance fut facile et prompte, les couches naturelles.

Obs. V. — *Pluripare à 8 1/2 mois. — Présentation vicieuse céphalo-iliaque gauche dorso-postérieure. — Essai répétés de version céphalique externe. — Réduction du cordon prolabé. — Cystocèle. — Accouchement normal en O. T. D.*

La femme Dev... récureuse, petite, déjà mère de quatre enfants, a eu des accouchements faciles et prompts. Le jour de ses premières relevailles, elle s'aperçut d'une descente de matrice signalée par une tumeur du volume du poing qui se présenta à la vulve. Un pessaire en gimblette fut alors appliqué et, depuis, il n'a guère été enlevé que pour le coït ou lorsque les grossesses étaient parvenues au delà de trois mois.

Depuis les dernières couches, qui datent de seize mois, l'écoulement menstruel n'a reparu qu'une fois, à la mi-avril 1843, et n'a duré que 48 heures. Le mari étant cassé par la fatigue et par l'âge (64 ans), le rapprochement sexuel, qui eut lieu neuf jours après les règles, ne se répéta qu'environ trois semaines plus tard. Au 9 janvier 1844, époque du cinquième accouchement dont nous allons donner l'histoire, la grossesse n'était donc qu'à huit mois et treize jours.

Les mouvements s'étaient habituellement fait sentir à gauche et en haut, lorsque, dans la nuit du 7 au 8 janvier, le fœtus exécuta un mouvementbrusque et violent à la suite duquel deux tumeurs se manifestèrent sur les côtés : l'une, la plus marquée dans la fosse iliaque gauche; l'autre, vers le flanc droit. En même temps, le ventre offrit plus d'étendue transversale et parut plus vide vers l'épigastre. Ces détails sont donnés par la femme d'une manière extrêmement précise.

Le lendemain, 9, à six heures du matin, les douleurs se déclarèrent, et à onze heures la femme Dev... entra à la maternité. L'élève interne, M. De Basserode, trouva l'orifice utérin dilaté de la largeur d'une pièce de cinq centimes, et le cordon ombilical prolabé, offrant des pulsations manifestes; mais, quelque effort qu'il put faire, il ne put atteindre aucune partie du fœtus. Appelé à midi, je reconnus ce rapport parfaitement exact, seulement la dilatation du col avait fait des progrès, son ouverture était au moins large comme une pièce de cinq francs, la poche des eaux, bien formée, s'allongeait légèrement en boyau, les douleurs avaient un caractère expulsif.

Je fis coucher la femme, je lui mis les muscles abdominaux dans le relâchement et, palpant l'utérus avec soin, je reconnus : 1° dans la fosse iliaque gauche, une tumeur dure, volumineuse, arrondie, régulière; 2° du côté opposé, mais un peu plus haut, une autre tumeur plus profonde, se dessinant moins nettement et, un peu plus vers la ligne médiane, une saillie plus petite, plus mobile, faisant l'effet d'un genou. (*V.* fig. 8.)

J'introduisis l'index et le médius droits, que je dirigeai à gauche et que je portai le plus profondément possible;

puis, tandis qu'un élève refoulait la tumeur droite de l'utérus en haut, vers l'épigastre, je pressai de la main libre sur la tumeur située à gauche, et je parvins à l'abaisser assez pour constater qu'elle était réellement constituée par le crâne, comme je le soupçonnais.

Il survint une douleur et la tête, qui était toujours très élevée et très mobile, redevint inaccessible; je la ramenai de nouveau quand l'utérus fut bien relâché, mais elle s'échappa encore à la contraction suivante. Après trois tentatives de ce genre, je vis que j'avais perdu plutôt que gagné du terrain, car je finis par ne plus pouvoir arriver au fœtus, même dans l'intervalle des douleurs.

Je retirai alors les doigts du vagin et, me remettant à palper la fosse iliaque gauche, je constatai qu'en effet la tête était située plus haut et plus profondément qu'au début. Je commençais à désespérer du succès et à me demander si, vu la procidence du cordon, il ne serait pas préférable d'aller chercher les pieds, mais, des faits antérieurs me rendant de la confiance, et réfléchissant que le fœtus n'était pas à terme, je crus devoir tenter un dernier effort pour le faire naître spontanément. Des deux mains, je circonscrivis donc aussi exactement que possible la tumeur formée par la tête, puis du bout des huit doigts je pressai peu à peu sur elle, je la suivis ligne à ligne et la ramenai ainsi au détroit abdominal où je la fis fixer par un aide intelligent.

Réintroduisant deux doigts, je m'assurai que l'effet désiré était obtenu, et je reconnus que le crâne avait repoussé l'anse ombilicale contre la paroi droite du col où je la sentais battre. Je saisis le moment où la poche des eaux, bien relâchée, me permit de la déprimer et, suivant le conseil

de Michaëlis, je donnai, à trois ou quatre reprises différentes, un petit choc au cordon, mais sans résultat. Je l'appuyai alors légèrement du bout des doigts contre la paroi du col et je le fis ainsi glisser contre cette paroi, en le soulevant peu à peu; une douleur se manifesta, et le segment inférieur de l'utérus, s'appliquant sur mes doigts et sur le crâne de l'enfant, fit remonter encore la tige et la rendit dès lors complètement inaccessible. Je maintins toutefois quelque temps mes doigts en place, afin d'exciter le col et d'empêcher le relâchement de l'anneau qu'il formait sur la tête.

Je tentai ensuite de rompre la poche des eaux vers sa circonférence, dans le but de prévenir l'issue trop brusque du liquide amniotique; n'y pouvant parvenir avec les ongles, j'eus recours à une grosse aiguille à tricoter, mais la piqûre s'érailla et la poche se vida d'un coup. Néanmoins le prolapsus du cordon ne se reproduisit pas.

Deux étudiants continuèrent, pendant quelques douleurs, à appuyer avec ménagement, l'un en bas et en dedans sur la région inférieure gauche, l'autre en dedans et en haut sur la partie droite de l'utérus. Quelques bonnes contractions, en poussant le crâne dans le détroit supérieur, rendirent bientôt cette précaution inutile, mais elles eurent aussi pour résultat d'abaisser tout le col au devant de la tête, de sorte que la paroi antérieure du vagin et la vessie vinrent former à la vulve une saillie grosse comme un œuf de dinde. Lorsque pendant les efforts de la femme nous appuyions doucement sur cette tumeur, nous voyions l'urine sourdre du méat uréthral.

Vers une heure et demie de l'après-midi, environ une heure après la rupture des membranes, les douleurs

devinrent plus rares et plus faibles; plusieurs de celles qui nous étaient annoncées par la patiente avortèrent même complètement. Cependant la tête, en position transversale, droite, s'avançait un peu, elle commençait à se tuméfier et déjà elle n'était plus qu'à un travers de doigt du coccyx, mais elle était encore précédée par le col, dont la lèvre antérieure était visible à l'entrée du vagin, tandis que le reste de son pourtour formait une sorte de bandeau, ne laissant à nu qu'une portion du cuir chevelu, large comme la moitié de la paume de la main.

Enfin, vers trois heures et demie, une contraction énergique expulsa un enfant du sexe féminin, qui se mit aussitôt à crier. Nous n'avions d'ailleurs pas eu d'inquiétude pour sa vie, car quelques instants encore avant sa naissance nous avions entendu les bruits de son cœur.

L'enfant pesait 2,400 grammes et mesurait 44 centimètres.

Délivrance spontanée. Couches normales.

On ne permit pas à la femme de se lever avant le huitième jour; grâce à cette précaution la descente de matrice, qui s'était produite dès les premiers jours après les accouchements précédents, n'avait pas reparu le quinzième jour, lorsque la femme quitta la maternité.

— A la suite de la relation de cette observation, si instructive à tant d'égards, je trouve dans les notes de l'auteur quelques réflexions que leur importance me détermine à transcrire ici (1).

1. Les mouvements s'étaient habituellement fait sentir

(1) L'observation et les réflexions qui la suivent ont été publiées dans les *Annales de la Société des sciences médicales* de Malines, en 1844, t. III, p. 34.

en haut et à gauche, comme cela arrive dans les positions occipito-iliaques droites, lorsqu'une nuit l'enfant fit un mouvement brusque à la suite duquel le ventre se déforma, s'élargit, parut plus vide en haut et offrit deux tumeurs sur les côtés. Nous croyons que c'est à dater de ce mouvement que la tête se porta vers la fosse iliaque gauche, le dos en bas et le pelvis vers le flanc droit. Il est à remarquer, en effet, que pendant la grossesse, et surtout dans la dernière quinzaine, il existait à la vulve une tumeur grosse comme un œuf, un cystocèle, gênant fortement la station assise, ce qui semble indiquer que le segment inférieur de l'utérus et peut-être même une portion du crâne, étaient engagés dans le détroit supérieur. Cette supposition paraîtra plus vraisemblable encore, si l'on fait attention qu'à la suite du mouvement brusque exécuté par le fœtus, cette tumeur disparut pour se reproduire pendant le travail, quand la manœuvre eut ramené le crâne au centre du bassin. Voici comment nous comprenons ce qui s'est passé : le bassin étant large, comme le prouvent la descente de la matrice et la promptitude des accouchements antérieurs, l'utérus et une portion de la tête se seront engagés dans l'excavation : de là le refoulement en bas de la paroi antérieure du vagin et le cystocèle ; par suite de cet abaissement de l'utérus, le cordon se sera peut-être trouvé comprimé entre le fœtus et le bassin, et cette compression aura occasionné une gêne, un malaise, un commencement d'asphyxie, capable de déterminer le mouvement désordonné, tumultueux, par lequel le fœtus s'est placé en travers. La matrice remontant alors, et l'entrée du b ssin étant vide, le cordon ombilical aura pu continuer d'autant plus aisément à former prolapsus. Quant au changement

de forme subi par le ventre, et aux sensations particulières éprouvées par la femme à partir de ce moment, on se les explique aisément par la nouvelle situation prise par le fœtus. Cette situation vicieuse ayant ensuite été corrigée par la manœuvre, quelques douleurs ont suffi pour abaisser la tête de l'enfant et le segment inférieur de l'utérus : de là la réapparition du cystocèle.

Peut-être aussi la distension transversale de l'utérus a-t-elle contribué à provoquer prématurément les douleurs. Nous n'avons pu découvrir aucune autre cause de la précocité de l'accouchement.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons dit ailleurs de l'utilité du commémoratif, de l'inspection et du palper du ventre, ainsi que des particularités du toucher vaginal dans les présentations du tronc : nous persistons à affirmer que chacun de ces moyens peut fournir des données qui, bien analysées, jettent la plus vive lumière sur le diagnostic. L'intelligence doit mettre à contribution tous les moyens qui peuvent lui être utiles et, si un doigt exercé suffit souvent dans la pratique des accouchements, il est des circonstances où il doit appeler à son secours les deux mains (palper), l'œil (inspection), l'oreille (auscultation, percussion) et même jusqu'à l'odorat. Après avoir demandé à nos sens tout ce qu'ils peuvent fournir de renseignements, il ne faut même pas toujours dédaigner d'en demander à ceux de la femme ; pourquoi l'accoucheur renoncerait-il, plutôt que le médecin, à s'enquérir des sensations de la patiente, sauf à les soumettre ensuite à un examen sévère.

2. Chez la femme Dev..., la version extérieure a été favorisée par les mêmes circonstances qui avaient facilité le déplacement du fœtus : la petitesse de celui-ci ; la

présence d'eaux qui, sans être absolument abondantes, l'étaient relativement au volume de l'enfant; la souplesse des parois utérines et abdominales, résultant des grossesses antérieures; mais, contrairement à ce que nous avons observé dans d'autres cas, les contractions utérines tendaient plutôt à faire remonter le crâne qu'à l'abaisser, ce qui dépendait probablement de ce que cette partie était plus fortement déviée. Toutefois, lorsque, cessant de nous préoccuper de l'état du cordon et de tenir deux doigts dans le col, nous eûmes pris le parti d'agir des deux mains à l'extérieur et de presser du bout des doigts sur la tête, en faisant surtout porter profondément la pression, et en ayant soin de tenir une main en place, tandis que l'autre prenait peu à peu position plus bas, pour suivre le mouvement de la tumeur, nous parvînmes bientôt et sans peine, à l'abaisser vers le centre du détroit.

Nous croyons donc qu'une fois le diagnostic bien établi, *il est inutile de vouloir agir sur le fœtus à travers le col de la matrice*, et qu'il est plus avantageux d'employer les deux mains à l'extérieur, soit en appuyant en sens opposé sur les deux extrémités de l'ovoïde fœtal, si l'on est seul; soit en faisant relever par un aide l'une de ces extrémités vers l'épigastre, tandis que l'on déprime vers le centre du bassin la tumeur qui en est le plus rapprochée.

Il convient que la pression exercée sur celle-ci agisse profondément et, autant que possible, d'arrière en avant. Il faut en quelque sorte accrocher la partie du bout des doigts, avant de chercher à la déplacer et à la reporter vers l'entrée du canal pelvien.

3. La réduction du cordon ombilical ne nous a offert aucune difficulté, parce que les eaux n'étaient pas écoulées;

parce que la tige n'offrait pas une longueur exceptionnelle ; parceque le segment inférieur de la matrice s'est bientôt appliqué sur la tête de l'enfant et a formé sur elle un anneau ou un entonnoir, qui peut-être a fait remonter le cordon, mais qui s'est à coup sûr opposé à sa rechute.

Il importe de s'assurer que cet anneau se maintient et d'exciter au besoin le col pour empêcher son relâchement, puisque c'est lui qui doit empêcher la récidive. C'est probablement pour avoir négligé cette précaution, que plusieurs praticiens disent avoir presque toujours échoué dans leurs tentatives.

4. Après la rupture des membranes, pratiquée dans le double but de fixer le fœtus dans sa nouvelle position et d'empêcher la rechute du cordon, le travail n'offrit plus rien de particulier, si ce n'est d'abord l'abaissement prompt et considérable du col, malgré le soin que nous prenions de le soutenir de notre mieux, puis l'affaiblissement des douleurs, dont plusieurs avortèrent complètement, peut-être parce que les parois du viscère, ainsi abaissé, se trouvaient comprimées entre le fœtus et les os du bassin.

Obs. VI. — *Pluripare. — Présentation transversale du flanc droit dorso-postérieure; la version externe céphalique échoue, la podalique réussit. — Accouchement normal.*

Le 11 novembre 1845, je suis appelé auprès de Mad. Vand... grande et forte femme, à terme d'une sixième grossesse. On m'apprend que les deux derniers enfants ont été amenés morts par la version. Depuis la veille au soir quelques contractions peu intenses et peu rapprochées se sont manifestées. L'orifice utérin est souple, large comme une pièce de 5 francs et occupé pour une poche allongée en boyau.

Quoique deux doigts fussent introduits, et que j'eusse soin de redresser l'utérus qui pendait au devant des pubis, je ne pus atteindre à aucune partie fœtale. Je mets la femme au lit pour examiner le ventre : la matrice est aplatie vers son fond et élargie sur ses côtés; sa paroi antérieure est molle, dépressible depuis les pubis jusqu'à un pouce de l'ombilic où je rencontre une petite saillie anguleuse et fort mobile,



Fig. IV.

qui ne peut être qu'un membre. A la même hauteur, mais tout à fait à gauche, je reconnais une tumeur assez large qui paraît être le siége; à droite, mais un peu plus haut et un peu plus profondément, je reconnais clairement la tête. Je porte le diagnostic d'une présentation fortement oblique, très voisine d'une transversale dans laquelle la

tête est pourtant un peu plus élevée que le siége, et le ventre dirigé en avant, un peu à droite et en bas. *Quoique les chances de réussite ne me parussent pas très grandes je voulus cependant tenter la version céphalique extérieure* (1). Accrochant la tête du bout de mes doigts je parvins à l'abaisser sans trop de peine jusqu'à trois travers de doigt au-dessous du nombril, mais arrivé là, je rencontrai une résistance telle que je n'obtins plus rien et, sitôt que j'abandonnai la tête, elle alla reprendre sa situation première.

Avant de chercher à ramener le siége, je laissai à la femme quelques instants de repos. Dans l'entre temps l'enfant exécuta de grands mouvements et prit une autre position qui changea sensiblement la forme de la matrice. En effet le pelvis s'était ramené un peu en bas et en avant, et il faisait une saillie manifeste au milieu de l'espace qui sépare le nombril de l'aine gauche. Cette saillie se voyait à simple inspection. Je la repoussai graduellement vers l'axe du corps, pendant que de l'autre main j'agissais en sens opposé sur la partie supérieure droite de la matrice. Un pied devint accessible, mais il resta très élevé jusqu'à la rupture des membranes. Celle-ci s'opéra spontanément sous l'influence d'une douleur pendant laquelle je continuai à exercer des pressions dans le sens que je viens d'indiquer. Les eaux étaient très abondantes et c'était le pied droit qui se présentait en position calcanéo-iliaque gauche postérieure.

Je me proposais d'abandonner la suite du travail à la nature, mais une anse de cordon descendit le long de la cuisse de l'enfant et l'affaiblissement de ses pulsations,

(1) Je souligne ce passage pour faire remarquer que bien avant M. Mattei, en 1845, mon père a eu l'idée de ramener la tête au détroit supérieur, *même lorsqu'elle en était plus éloignée que le siège.*

l'issue du méconium, la rareté des douleurs, me forcèrent à opérer l'extraction.

L'enfant volumineux — 4 kilogrammes — était dans un état profond de mort apparente : il se laissa cependant ranimer complètement. Quant à la mère, elle eut les couches les plus heureuses.

Obs. VII. — *Pluripare. — Présentation transversale du flanc droit dorso-postérieure. — Version céphalique externe. — Accouchement en O. C. G.*

Mme Vand... dont je viens de relater le sixième accouchement (obs. VI), me fait rappeler le 27 février 1848. Elle est à terme d'une septième grossesse, et je trouve l'enfant placé absolument comme celui de 1845, à peu près transversalement, le siége dans le flanc gauche, la tête un peu plus haut et à droite. Dans quatre grossesses consécutives donc la présentation du fœtus a été vicieuse. Je dois ajouter que depuis ses dernières couches Mme Vand... avait maigri et que l'enfant était plus mobile; les chances de succès étaient donc plus favorables que précédemment. Je commençai par agir sur la tête seule, et je l'abaissai sans difficulté jusque vers l'extrémité droite du diamètre transverse de l'utérus; mais là encore je fus arrêté : quand je voulais continuer à la faire descendre, elle se portait profondément en arrière et m'échappait pour revenir aussitôt à sa première situation. Je l'abaissai de nouveau et tâchai de la fixer de la main gauche pendant que ma main droite, appliquée sur la tumeur formée à gauche par le pelvis, la soulevait et la reportait vers le fond de l'utérus. Cette tumeur remonta en effet, et, à un moment donné, la femme me dit : » Vous avez fait subir à mon enfant une cul-

bute complète ». Je le crus aussi car l'utérus avait perdu son excès de largeur et je reconnus vers la partie droite de son fond la petite saillie anguleuse d'un pied ou d'un genou. Je dois dire pourtant que par le toucher je ne pus encore arriver à aucune partie de l'enfant.

Le travail n'était pas franchement déclaré et à partir de la manœuvre les douleurs se suspendirent jusqu'au surlendemain après midi. Une ceinture de ventre comprimant la matrice sur les côtés fut appliquée.

Le 29, dans la soirée, je trouvai l'orifice utérin large comme une pièce de cent sous; la tête se présentait, mais restait très élevée. La nuit et la matinée du 1er mars se passèrent dans des douleurs rares et faibles. Vers 3 heures de relevée la poche des eaux se rompit, alors que le col offrait la largeur d'une petite paume de main et que la voûte du crâne, en première position, correspondait à l'entrée du bassin sans y être encore bien engagée. Elle franchit le détroit supérieur vers 11 heures et un enfant vivant, du poids de 4 kilogrammes fut alors expulsé en une demi-heure.

Il ne portait de circulaire du cordon ni sur le cou ni sur le tronc.

Les couches furent tout à fait normales.

Obs. VIII. — *Pluripare à terme; bassin rétréci; placenta previa lateralis, hémorrhagie; présentation oblique, tête dans la fosse iliaque gauche. — Inversion du fœtus par manœuvres externes. — Expulsion et extraction par le siége, retardées par le cordon. — Enfant mort.*

Mme R..., 42 ans, grande et forte femme, a eu deux enfants, dont le premier s'est mal présenté et a réclamé la version; tandis que le second, après deux jours de travail, a été

extrait par le forceps. Ils n'ont vécu ni l'un ni l'autre. Peu satisfaite de ses premiers accoucheurs, Mme R..., enceinte pour la troisième fois, me demanda de lui prêter mes soins.

Elle était à terme quand elle me fit appeler, le 31 mars 1847, à 10 heures du soir, parce qu'elle venait de perdre un peu de sang, environ une demi-once. Le col de la matrice avait conservé encore un peu de longueur et de fermeté, quoiqu'il permît l'introduction de deux doigts. Les membranes étaient tomenteuses, la tête accessible mais fort élevée et fort mobile. Il n'existait pas de douleurs.

La nuit se passa bien. Le 1er avril, il vint un caillot de sang; le 2, au matin, la femme, voulant uriner, remplit à moitié le vase d'un sang vif, spumeux, non coagulé. Je trouve la partie supérieure du vagin remplie de caillots et le détroit supérieur vide; même avec quatre doigts je n'atteins pas à l'enfant, mais je distingue le bord décollé du placenta. Par l'examen du ventre, je reconnus la tête au-dessus de la fosse iliaque gauche, le siége et les pieds, dirigés en avant, dans le flanc droit. J'appliquai un tampon et fis abaisser la température de la chambre.

A 9 heures, une once de sang environ avait fusé le long du tampon que je renforçai de quelques boulettes. Le pouls était mou et pas très faible, le facies bon.

Examinant de nouveau le ventre, je trouvai le fœtus dans la situation que j'ai décrite plus haut. Que fallait-il faire?

La tête n'était pas difficile à ramener, mais les antécédents de la femme et l'hémorrhagie me faisaient croire qu'après avoir ramené la tête, je serais obligé d'aller chercher les pieds; je préférai essayer la version pelvienne, quoique le pelvis fut plus éloigné du détroit supérieur que la tête.

J'avais bonne prise sur le crâne : je le reportai, *sans peine*, vers le fond de l'utérus et presque sur la ligne médiane, mais le pelvis ne s'abaissa pas dans la même proportion. Je maintins quelque temps les mains sur le crâne puis j'appliquai une ceinture destinée à remplacer leur action. La manœuvre avait excité quelques bonnes contractions.

A 11 heures, il ne s'est plus montré de sang à l'extérieur; la tête, sans s'être abaissée, s'est inclinée un peu vers la gauche : je la repousse vers la ligne médiane, je resserre la ceinture abdominale et j'engage la patiente à se tenir sur le flanc droit.

A 3 heures, le tampon sort en masse; il est suivi de caillots sanguins du poids d'environ deux onces; chaque douleur est suivie d'un écoulement de sang assez abondant. La perte commence à devenir inquiétante et le col présentant une ouverture d'environ trois pouces de diamètre, je me décide à rompre les membranes et à abaisser les pieds qui sont au détroit supérieur, jusqu'à ce que le pelvis fasse l'office d'un tampon dans le col. La femme, dès lors, ne perdant presque plus rien, je laisse à la nature le soin de terminer la besogne, d'autant plus que les douleurs sont très énergiques et que les bruits cardiaques sont forts et réguliers.

Mais malgré tous les efforts de la femme, le siége ne s'abaisse guère : je vais à la recherche de l'obstacle et je constate qu'il est constitué par le cordon ombilical passé entre les fesses : j'essaie de former une anse en tirant sur le bout placentaire, mais la tige est trop courte et je suis obligé de la couper, pour opérer ensuite rapidement l'extraction du fœtus. L'enfant, du sexe féminin et très fort, offrait encore les battements du cœur, mais je ne parvins

pas à le ranimer. La délivrance se compliqua d'hémorrhagie et je dus aller décoller le placenta qui tapissait la face antérieure du viscère jusque contre l'orifice interne du col.

La femme, très affaiblie, se rétablit sans éprouver d'accidents puerpéraux.

Réflexions. — Si au lieu des pieds, j'avais amené la tête au détroit supérieur, aurais-je mieux fait? Peut-être bien, car il *se peut* que la simple rupture des membranes et l'abaissement du crâne contre la portion décollée du placenta eussent suffi pour arrêter l'hémorrhagie; mais c'est là un *peut-être* et, s'il ne s'était pas réalisé, j'aurais dû faire une application de forceps au-dessus du détroit supérieur et avant la dilatation complète du col, ou bien faire la version ordinaire, tandis que je n'ai eu à pratiquer qu'une simple extraction. Or, la version pelvienne m'a permis d'intervenir plus tôt, ce qui était un grand avantage, et a suffi pour arrêter l'hémorrhagie. Toutefois, si j'avais pu prévoir la complication que le cordon ombilical a présentée, j'aurais sûrement préféré la version céphalique externe à la pelvienne. Cette complication a-t-elle été l'effet de la manœuvre? Je n'en doute pas. Peut-elle être évitée? Je ne le crois pas. Serait-elle assez commune pour faire renoncer à la version podalique extérieure? C'est ce que l'expérience nous apprendra.

Obs. IX. — *Pluripare. — Présentation de l'épaule droite dorso-antérieure. — Prolapsus de la main droite. — Version céphalique externe. — Réduction de la main. — Accouchement normal.*

Barbe Demessemaeker, 25 ans, grande et fluette, entre à la maternité, le 28 juin 1847, vers quatre heures de relevée,

pour y faire ses troisièmes couches. L'élève interne, M. Lorette, trouva le col complètement dilaté et rencontra une main au-dessus du pubis. En examinant le ventre, je remarquai d'abord qu'il offrait un excès de largeur, surtout dans le sens du diamètre oblique, s'étendant de la fosse iliaque gauche vers le flanc opposé. En le palpant, je reconnus distinctement la tête au-dessus de la fosse iliaque gauche et le siége, avoisiné par les membres pelviens, au-dessous des fausses côtes droites (*V.* fig. V). Entre ces deux

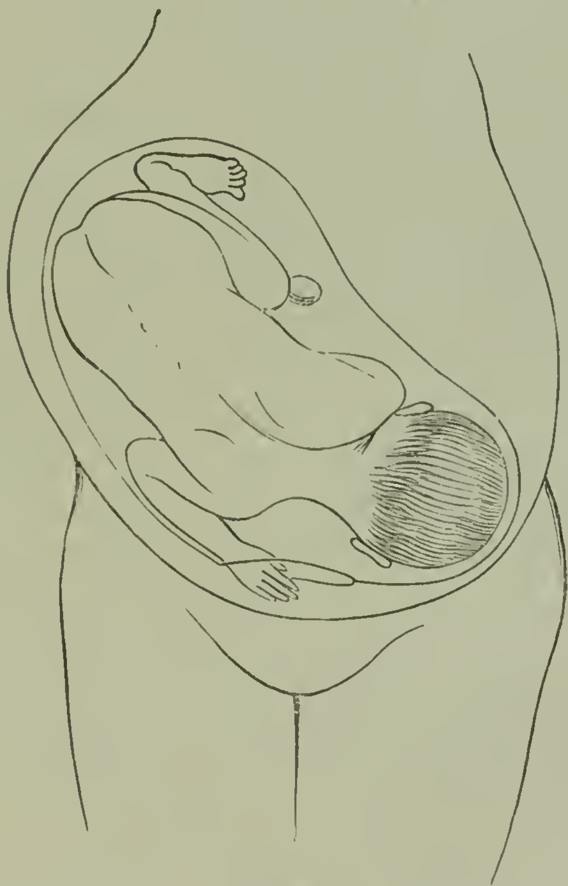


Fig. V.

tumeurs, la paroi utérine offrait une dureté continue, ce qui, avec la netteté du bruit cardiaque, indiquait une présentation de l'épaule droite dorso-antérieure.

Placé à droite de la femme, dont les parois abdominales étaient mises dans le relâchement et, profitant de l'intervalle des douleurs, j'accrochai la tête du bout de mes huit doigts et la ramenai peu à peu en bas et en dedans, pendant que M. Lorette refoulait doucement le pelvis dans la direction de l'épigastre.

Maintenant la main gauche sur la fosse iliaque gauche devenue vide, je touchai de la main droite, et je reconnus que la tête se présentait en première position, mais la main droite du fœtus se rencontrait en même temps en avant et à droite. J'engage M. Lorette à constater cet état de choses, mais pendant qu'il touche, il survient une douleur, et la tête remonte et fuit vers la gauche.

Nous recommençons la manœuvre et ramenons la tête, mais cette fois je fais continuer des pressions latérales en bas et à gauche, en haut et à droite, pendant que je porte deux doigts dans le col. De ces doigts, je repousse aussi haut que je le puis la main de l'enfant contre la paroi antéro-latérale droite du viscère, et je la maintiens un instant à cette hauteur. Je sentis bientôt le col se resserrer, s'épaissir et offrir une fermeté qui semblait tenir du spasme. Dès lors la main devint et resta inaccessible. Les douleurs devinrent fréquentes, expulsives; vers six heures la poche se rompit et une petite fille, un peu grêle, mais vivace, fut expulsée en très peu de temps. Les couches furent normales.

Obs. X. — *Placenta accessible. — Présentation presque transversale du dos. — Version céphalique externe — Accouchement en O. C. G.*

Le 17 août 1847, Marie Smits, bipare, 23 ans, entra à la

maternité. Depuis la veille, elle a éprouvé des tiraillements et perdu un peu de sang. Ni l'élève interne, M. Lorette, ni moi ne pûmes atteindre aucune partie fœtale par le toucher; le col de la matrice était complètement dilaté; la poche des eaux descendait jusque sur le périnée et offrait une certaine tension, même entre les douleurs. En portant deux doigts fort haut, le long de la paroi antérieure de la matrice, j'arrivai au bord du placenta, décollé dans la hauteur d'environ un pouce et formant sur le chorion un relief de deux à trois lignes. Un peu de sang avait coulé le long de mon poignet pendant l'exploration.

Je fis coucher la femme et j'examinai le ventre. — En bas l'utérus n'est pas très large, mais en haut il l'est beaucoup trop; il est déprimé à sa partie supérieure gauche. En haut et à droite, il existe une tumeur large, pas très dure, au-dessus de laquelle je trouve une petite saillie angulaire et mobile; à gauche, je distingue très bien une tumeur dure, arrondie, volumineuse, la tête. Elle est située un peu plus bas que le pelvis, mais elle est cependant si élevée au-dessus de la fosse iliaque que la présentation est très voisine d'une transversale.

Je charge M. Lorette de refouler le pelvis vers l'épigastre, pendant que je cherche à accrocher la tête du bout des doigts, mais elle est située si profondément, l'utérus se contracte si souvent et se relâche si imparfaitement, que je n'obtiens presque rien; je l'abaisse bien un peu, mais lorsque survient une douleur elle m'échappe et, la contraction passée, je la retrouve à sa première place.

Bien qu'on n'entendît les bruits du cœur qu'en un seul point, à un pouce et demi sous l'ombilic et un peu mieux à droite qu'à gauche, la directrice de la maternité croyait

à une grossesse double. Avant de recourir à la version ordinaire, je voulus faire encore une tentative. J'appliquai d'abord la main gauche, à droite sur le pelvis, et la droite, à gauche sur le crâne, et je leur imprimai des mouvements de va-et-vient, d'un côté à l'autre pour m'assurer que les deux parties appartenaient bien à un même tout, et tâcher de le débloquer. Pendant cette petite manœuvre, et grâce à un relâchement plus complet de l'utérus, je remarquai que l'enfant se trouvait tout à coup plus mobile et que la tête était devenue plus superficielle; aussi je pus l'accrocher des doigts de la main droite et cette fois la conduire sans peine jusque sur le détroit supérieur, tandis que de l'autre main je refoulais le pelvis en sens opposé. J'annonçai aux élèves que le *but était complètement atteint* ; par précaution je maintins encore pendant quelques douleurs mes mains appliquées sur les régions latérales de la matrice. Dans l'entretemps, un élève, M. Baetens, constatait par le vagin que le sommet se présentait en première position ; sur mes conseils, il rompit en ce moment la poche et des eaux abondantes s'écoulèrent. Dès lors, deux douleurs poussent la tête jusque sur le périnée et expulsent, à 4 heures, une petite fille du poids de 3 kilogrammes. Le cordon ombilical est très gros et court, mais ne forme pas de circulaire.

Délivrance et couches normales.

Obs. XI. — *Pluripare. — Grossesse gémellaire à terme. — Présentation vicieuse du second enfant. — Version pelvienne externe.*

Mme G..., jumelle elle-même, a déjà eu une grossesse double. Enceinte pour la sixième fois, elle souffre beau-

coup de l'énorme développement de son ventre et des mouvements incessants qui s'y passent. Elle croit fermement qu'elle porte deux enfants; le mari prétend même qu'il y en a quatre.

Les douleurs se déclarèrent dans la nuit du 21 au 22 avril 1848. Le matin, je trouvai une tête en présentation transversale droite du sommet dans le col complètement dilaté. Malgré une préparation parfaite, l'accouchement fut lent et à midi seulement un premier enfant, mâle et de taille moyenne, fut expulsé.

Le second enfant, inaccessible par le vagin, avait la tête dans l'hypochondre gauche, le pelvis dans la fosse iliaque gauche. J'agis en sens opposé sur les deux extrémités, de manière à ramener le siége au détroit supérieur. L'enfant, du sexe féminin et d'un bon poids moyen, fut bientôt expulsé, sans que j'eusse dû faire autre chose que porter deux doigts dans sa bouche, pour maintenir la flexion au moment de son dégagement.

Couches normales. — Enfants bien portants.

Obs. XII. — *Pluripare. — Grossesse gémellaire. — Version podalique externe pour corriger la présentation vicieuse du second enfant.*

Il s'agit de la même femme que dans l'observation précédente, et nous n'avons pas à changer une ligne à la description de son accouchement de 1848 pour la rendre applicable en tous points à son accouchement de 1853. Seulement, si la version externe fut également facile dans les deux cas, la sortie du second enfant fut cette fois un peu moins aisée, parceque les bras s'étaient relevés au-dessus

de la tête. L'extraction du bras droit se fit en un instant, mais celle du gauche offrant quelque difficulté, j'introduisis deux doigts dans la bouche et, tirant sur la mâchoire en même temps que sur l'épaule, j'amenai tête et bras à la fois.

Délivrance et couches normales. — Enfants bien portants.

Il eût sans doute été facile, dans ce cas-ci comme dans le précédent, d'introduire la main, de saisir les pieds et d'attirer le pelvis par la version ordinaire; mais la version extérieure a été plus facile encore, moins douloureuse, moins dangereuse et moins inquiétante pour la femme, qui, dans les deux cas, ne s'est pas même doutée que le second enfant se présentait mal, et n'a pas soupçonné le motif pour lequel je l'inclinais sur le flanc droit et lui faisais de légères pressions sur le ventre.

Obs. XIII. — *Bipare. — Eaux écoulées depuis trois jours. — Présentation vicieuse. — Version céphalique externe. — Spasme utérin. — Application du forceps.*

Nous empruntons à la thèse de M. J. P. Hofman l'observation suivante (1) :

« Mme J. K. eut un premier accouchement, il y a 9 ans. La période de dilatation fut longue, mais l'expulsion de l'enfant se fit en quelques douleurs.

» La seconde grossesse fut plus heureuse, sauf dans les derniers mois ; la femme présenta alors de l'œdème aux deux jambes et éprouva du malaise du côté de l'utérus. Celui-ci

(1) *De l'application du forceps à une main;* par P. Hofman. Louvain, 1856, p. 72.

offrait un exès de largeur ; les mouvements se faisaient sentir en haut et à gauche et souvent en même temps, mais d'une manière plus obscure, en bas et à droite; aussi Mme K. avait-elle exprimé souvent la crainte que son enfant ne fût mal placé.

» Elle perdit ses eaux le 20 janvier 1853; l'écoulement continua le 21 et le 22, et il n'était pas tari le 23 au matin; elle fit appeler M. Hubert parce qu'elle ressentait quelques petites douleurs. M. le prof. Haan avait vu cette femme le 21 et avait constaté que ce n'était pas la tête qui se présentait, sans pouvoir préciser si c'était le tronc ou le siège. Le toucher laissa également M. Hubert dans le doute, car l'orifice utérin assez ferme n'avait encore que la largeur d'une pièce de deux centimes, et ce n'était pas sans peine que le doigt atteignait une partie charnue du fœtus.

» Voici quelle était la forme du ventre (*V.* fig. VI). A gauche en x, au niveau, mais à 4 ou 5 travers de doigt en dehors de l'ombilic, il existe une tumeur volumineuse, médiocrement dure; un peu plus bas, sur la ligne médiane, en B, l'utérus est déprimé et plus dépressible; plus bas encore, en *c*, et tout à fait à droite, presque contre la crète iliaque, M. Hubert reconnaît une tumeur dure, large, arrondie et tellement éloignée de la ligne médiane qu'il se demande un instant si elle peut bien appartenir au fœtus. Cependant, en appuyant dessus, avec ses huit doigts et, en dirigeant la pression de dehors en dedans et de haut en bas (il était placé à gauche), il remarque avec satisfaction qu'elle se laisse facilement déplacer. Encouragé par cette mobilité, il continue la manœuvre, des

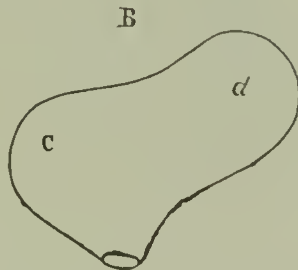


Fig. VI.

deux mains d'abord, puis d'une seule, tandis que de l'autre il refoule la tumeur de gauche vers l'épigastre. Celle de droite lui paraissant ramenée un peu trop en avant, vers la branche du pubis droit, il la repousse en arrière vers l'entrée du détroit et il fait s'incliner la patiente sur le flanc droit.

» Le toucher lui permet dès lors d'arriver aisément à la voûte du crâne qui se trouve en position transversale gauche, mais il remarque en même temps que le col est fortement dévié à gauche, comme s'il avait en partie suivi le déplacement du fœtus. Sans se préoccuper de cette situation, il applique un bandage de corps sous lequel se trouvent deux fortes compresses l'une en haut et à gauche, l'autre en bas et à droite, et il engage la femme à rester couchée pendant une couple d'heures sur son côté droit. Il est 8 heures du matin.

» A 5 heures de relevée, l'orifice utérin était large comme une pièce de 5 francs, un peu plus souple et moins dévié à gauche; le bruit cardiaque s'entendait très bien. Le bandage de corps est enlevé et une onction avec de l'extrait de belladone est pratiquée sur le col. A 8 1/2 heures, l'orifice utérin est un peu plus souple et plus ouvert. La femme gémit presque constamment, mais n'accuse pas des douleurs franches. Le fond de la matrice est toujours légèrement dévié à gauche; vers la ligne médiane, dans *une direction oblique de haut en bas et de droite à gauche, il existe une bande, ferme, déprimée,* comme si la matrice ne se contractait que dans cette zône; en dehors, à droite et fort bas, le viscère est mou; il constitue là une saillie dont la forme et la consistance font penser à la vessie distendue par les urines. Mais elle subsiste après la miction qui est d'ailleurs

spontanée et facile. La femme est inquiète... quoi qu'on fasse pour la rassurer; elle ne discontinue pas moins de gémir et même, vers 10 heures, bien que la dilatation du col soit complète, elle ne pousse pas franchement. C'est seulement en introduisant le doigt qu'on constate que par intervalles la tête est poussée vers le bas.

» A minuit l'occiput correspond au trou ovalaire gauche; le cuir chevelu tuméfié est près du périnée ; il le touche même lorsque la femme pousse, mais il remonte aussitôt après. A une heure, le travail restant stationnaire, la femme est mise en travers de son lit; M. Hubert introduit quatre doigts de la main gauche et place successivement les deux branches du forceps en commençant par la mâle. L'opération est facile, prompte et régulière. L'extraction des épaules fut un peu plus difficile. Toutefois l'enfant n'a guère souffert; il pèse 4 kilogrammes. Délivrance facile. Couches heureuses.

» *Réflexions.* — Les manipulations extérieures ont réussi, sans difficulté et nous pouvons ajouter sans douleur, quoique l'enfant fût fort, la femme bien musclée et d'un embonpoint ordinaire; elles ont réussi, chose beaucoup plus rare, quoique les membranes fussent rompues depuis *près de trois jours;* mais il est vrai que tout le liquide amniotique n'était pas écoulé et qu'il n'y avait eu encore que des contractions faibles et rares. Sans les renseignements obtenus par le palper, il aurait fallu attendre que l'abaissement du fœtus et la dilatation du col, eussent rendu le diagnostic possible par le toucher; or, les eaux pendant ce temps, se seraient écoulées complètement et la matrice se moulant sur l'enfant, aurait rendu la version podalique ordinaire difficile et dangereuse pour la mère et presque sûrement mortelle pour l'enfant.

» Le spasme reconnaît vraisemblement pour cause l'étirement qu'ont subi les fibres utérines par suite de la position vicieuse de l'enfant. »

Obs. XIV. — *Pluripare; — Eaux écoulées à six mois; — Présentation S. C. G. du siége; — Réduction des deux pieds sortis; — Inversion complète par manœuvres externes; — Accouchement par le sommet.*

Mme Huyb... est une grande et forte femme qui porte toujours des enfants volumineux, mais qui n'a jamais pu les mettre vivants au monde. Cinq ont été extraits péniblement par la version, par le forceps ordinaire, par le forceps-scie. Quatre fois les jours de la femme ont été mis en danger, et cependant ni mes confrères, ni moi n'avons pu faire adopter la ressource de l'accouchement prématuré artificiel qui offrirait toute chance de succès, puisque le diamètre sacro-pubien est de 3 1/4 pouces.

Les dernières règles datent du 1er juillet 1850. Le 10 janvier 1851, donc à six mois révolus, sans cause apparente elle perd des eaux, et le 11 de même; mais le 12, il ne vient plus rien. Le 13, vers 9 heures du matin, l'écoulement reparaît et comme cette fois il est teint de sang, on m'appelle; à en juger par les taches de la chemise, l'écoulement doit être évalué à environ 2 onces.

Les deux pieds se présentent en position sacro-cotyloïdienne gauche et leurs mouvements ne me laissent aucun doute sur la vie de l'enfant. Ils ont franchi le col et se trouvent au haut du vagin. Je recommande le repos au lit.

Dans la journée, de petites douleurs se manifestent à des intervalles de 15 à 30 minutes.

Pendant leur durée le col redevient épais ferme et forme un anneau rigide sur le bas des jambes.

Les choses étaient dans le même état, à 10 heures du soir, lorsque j'allai me jeter sur un lit. Je songeai naturellement au guignon de cette famille, qui aurait eu la chance d'être mieux servie par le sort que par la raison, si la rupture des membranes était survenue trois semaines, et peut-être, quinze jours seulement plus tard. Je me rappelai les deux observations de De Lamotte, qui dit avoir vu deux enfants naître vivants six semaines et plus après l'écoulement des eaux, et je me demandai si l'on n'aurait peut-être pas la même chance en supposant qu'on pût refouler les pieds, faire faire la culbute à l'enfant et enrayer les contractions par l'opium. Je m'endormis sur cette idée.

A 1 heure, on vint me réveiller; Mme H... avait eu une selle et sentait quelque chose à la vulve : c'étaient les deux petits pieds *arrivés à l'extérieur* et exécutant encore des mouvements. Mon idée de tantôt me revint plus vive, plus pressante et, la femme étant couchée sur le dos, je repoussai doucement les pieds dans le vagin, puis je parvins à les faire rentrer, l'un après l'autre, jusqu'au-dessus de l'orifice interne. Mais ils restent accessibles et il est probable qu'ils retomberont bientôt d'eux-mêmes ou à l'occasion du moindre mouvement. Il est à remarquer qu'il n'existe plus de douleurs et que c'est par suite de la position prise par la femme, pour la garde-robe, qu'ils se sont abaissés. Il ne pouvait donc rester quelque lueur d'espérance que si l'on parvenait à changer la présentation.

La tête est à droite, un peu profondément; je l'accroche à travers les parois abdominales du bout des doigts et j'essaie de la ramener en avant et à gauche, tandis que je

repousse les pieds en arrière et à droite..., mais je n'obtiens rien et je m'en étonne. En y réfléchissant, je comprends que j'ai fait une fausse manœuvre et que c'est sur son plan antérieur que je dois pelotonner le fœtus. Je me mets donc à agir en sens inverse, c'est-à-dire que j'abaisse la tête à droite pendant que je repousse les pieds à gauche. Ceux-ci deviennent bientôt inaccessibles, *mes deux mains appliquées alors sur la tête l'amènent par degrés sur le détroit supérieur*. Pendant cette manœuvre, l'utérus demeura parfaitement inerte. J'allai me recoucher. A 1 heure et demie du matin, la femme n'avait plus ressenti aucune douleur ; le col était refermé, ferme, et je n'aurais plus pu y pénétrer qu'au prix de quelques efforts qu'il ne fallait pas tenter. Je me retirai en engageant la patiente à garder le lit et à prendre 15, 20, 30 gouttes de laudanum si les douleurs reparaissaient.

Je ne me faisais pourtant pas illusion : l'issue des eaux, peut-être l'introduction de l'air dans la matrice, me laissaient peu d'espoir et si je m'étais laissé aller à tenter la manœuvre, c'est qu'elle me parût d'emblée inoffensive, facile, pas douloureuse, et que *melius anceps remedium quam nullum*. Dans l'après-midi, Mme Huyb. éprouva un frisson qui dura un quart d'heure et fut suivi de céphalalgie, de coloration de la face, d'accélération du pouls, etc. ; les organes génitaux étaient chauds. Je pratiquai une saignée et quelques injections émollientes. A 8 heures du soir, les douleurs reparaissent et l'enfant est expulsé par la tête à 1 heure de la nuit. L'enfant, développé comme à 6 mois, ne respirait que très incomplètement et il s'éteignit vers 5 heures du matin.

Les couches ne furent traversées par aucun accident.

Obs. XV. — *Pluripare. — Présentation vicieuse céphalo-iliaque gauche. — Version céphalique externe. — Décubitus et ventrière. — Accouchement par le sommet.*

Marie Bras., à huit mois d'une troisième grossesse, est prise de douleurs et entre à la Maternité le 18 août 1853. Le col n'était pas complètement effacé; il était pourtant assez ouvert pour permettre le passage de deux doigts; j'arrivai à une partie fœtale très élevée et pus seulement reconnaître que ce n'était pas la tête. Le fond de la matrice était seulement déprimé un peu obliquement à gauche et cette dépression séparait deux saillies, dont la droite était un peu plus élevée et plus grosse que l'autre. Cette forme se dessinait surtout nettement pendant les douleurs. La tumeur gauche, dure, arrondie, était la tête. Je l'accrochai des deux mains et la ramenai, non sans quelque résistance, vers le détroit supérieur, tandis qu'un aide repoussait le pelvis à gauche et en haut. L'utérus avait repris sa forme régulière et la conservait pendant les douleurs. J'engageai la femme à se tenir couchée sur le flanc gauche.

Le lendemain matin, à 11 heures, la matrice a repris sa mauvaise forme, mais la tête est moins haut que la veille, et je la ramène aisément; mais elle est mal fléchie, car je puis arriver au front et aux arcades sourcillières dirigées en arrière et à gauche. Une ventrière est appliquée pour s'opposer à de nouveaux déplacements. A 3 heures et demie, les eaux s'écoulent et sont presque immédiatement suivies d'un enfant vivant, gros comme à terme.

La délivrance se fit un peu attendre, mais fut spontanée et offrit ceci de particulier que pendant les contractions le viscère reprenait, mais dans des proportions

réduites, la forme irrégulière que j'ai signalée plus haut.

Couches normales.

Obs. XVI. — *Pluripare. — Bassin rétréci. — Présentation vicieuse du siége dans la fosse iliaque gauche. — Version externe podalique. — Prolapsus du cordon et d'un bras. — Enfant vivant.*

La femme Bran..., à terme d'une troisième grossesse, a accouché une première fois d'un enfant putride, et a été délivrée la deuxième fois par la version ordinaire, qui fut funeste à l'enfant. Son bassin mesure 3 1/4 à 3 1/2 pouces. Le 13 mai 1854, les douleurs de son troisième enfantement se déclarent; le col présente une ouverture large comme une petite paume de main. Très haut, j'arrive à un membre que sa grande mobilité et la crainte de rompre les membranes m'empêchent de reconnaître. Les parois du ventre sont fermes et épaisses, mais ne m'empêchent pas de circonscrire une matrice déformée par une présentation vicieuse. L'enfant a le dos tourné vers le haut, la tête en haut et à droite, le siége plus bas et à gauche (*V.* fig. VII). Je tâche d'abaisser le pelvis, tandis que la sage-femme agit en sens opposé sur le crâne, mais je ne parviens pas à l'amener plus loin que dans la fosse iliaque. Le toucher me permet de reconnaître un pied à travers les membranes, et j'estime qu'il suffira de comprimer latéralement la matrice pour que la nature fasse le reste.

Après une heure de douleurs, les eaux s'écoulent tout à coup, entraînant avec elles une anse de cordon, longue d'une demi-aune; en outre, un main se présente maintenant avec les deux pieds : j'amène ceux-ci à la vulve, mais

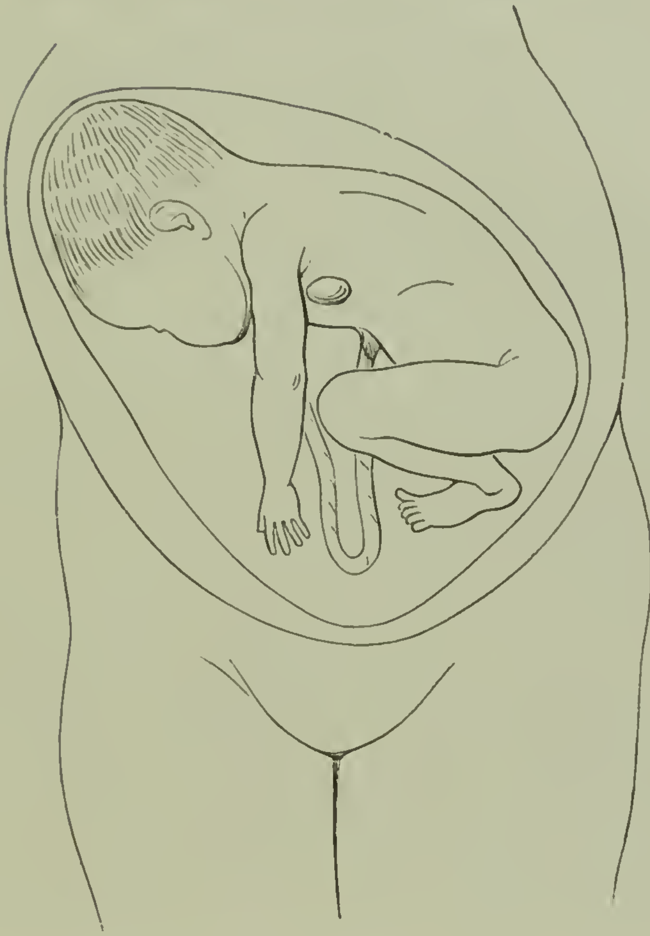


Fig. VII.

ils rentrent profondément sitôt que je les lâche. Pour compléter l'évolution du fœtus, je tire d'une main sur les pieds, tandis que de l'autre j'agis à travers la paroi abdominale, sur la tête. L'enfant sortit aussitôt jusqu'aux épaules ; il fallut extraire les bras et tirer avec énergie sur la mâchoire pour dégager la tête.

L'enfant, un peu étourdi, se ranime bientôt, et toute la famille, folle de joie, m'accable de bénédictions. — Couches normales.

Obs. XVII. — *Pluripare. — Présentation presque transversale du flanc droit dorso-antérieure. — Version externe essayée trop tard. — Version ordinaire.*

On ne réussit pas toujours, et il faut citer les revers aussi bien que les succès. Je vais donc rapporter le seul cas où j'ai échoué, en ajoutant toutefois que mes tentatives n'ont pas été aussi sérieuses, aussi tenaces qu'elles auraient pu l'être.

Le 23 mars 1855, une paysanne de Bierbeek, en travail, entre à la maternité. Elle a eu un premier accouchement heureux; pour le deuxième, le médecin dut retourner l'enfant mal placé et l'amena mort.

Le col est à peu près complètement dilaté, la poche des eaux est engagée dans le petit bassin et presque constamment tendue; même avec deux doigts, ni l'élève interne, M. Hofman, ni moi, n'arrivons à atteindre une partie fœtale.

L'examen du ventre est rendu difficile par la fréquence, on pourrait dire par la continuité des douleurs. Nous remarquons cependant qu'il existe une dépression notable vers le fond de l'utérus, et que cette dépression est un peu inclinée, de manière que la partie supérieure droite du viscère est plus élevée et plus large que la gauche. De ce dernier côté, un peu au-dessous du niveau de l'ombilic, mais en dehors, avec un peu d'attention, nous reconnaissons la tête; de l'autre côté, et un peu plus haut, le siége et, plus profondément, les saillies constituées par les membres. La situation de ces derniers, la fermeté de la paroi antéro-médiane de la matrice et la netteté du bruit cardiaque, nous font porter le diagnostic d'une présentation presque transversale, en position dorso-antérieure du flanc droit de l'enfant.

J'essaie d'agir sur la tête, pendant que M. Hofman agit sur le pelvis, mais les contractions utérines sont si fréquentes, le relâchement qui leur succède est si incomplet et si court, que nous n'insistons guère sur la manœuvre. Les conditions du reste sont très favorables à la version ordinaire, que je me résigne d'autant plus facilement à pratiquer, que mes élèves n'ont pas eu l'occasion de la voir souvent. La femme étant convenablement placée, j'introduisis la main droite et j'allai chercher le genou droit que j'amenai au dehors. La présentation étant rendue naturelle et exempte de toute complication, nous confiâmes à la nature l'expulsion de l'enfant. Enfant vivant. Délivrance et couches normales.

Je ne saurais dire sous l'influence de quelles conditions l'enfant était resté si élevé et dans une situation si voisine d'une transversale; mais, ce que je crois pouvoir affirmer, c'est que si j'avais été appelé plus tôt, lorsque les douleurs étaient moins rapprochées et moins intenses, je serais parvenu à la corriger.

Obs. XVIII. — *Présentation presque transversale du flanc gauche dorso-antérieure. — Version céphalique externe. — Accouchement par le sommet.*

La femme Cl..., grande et forte, pluripare, a servi aux exercices cliniques que je donne à la Maternité.

A la vue, à la percussion, à la palpation, la forme irrégulière et l'élargissement de la matrice étaient bien évidents. La tête se reconnaissait très distinctement dans le flanc droit, *au-dessus* de la fosse iliaque, et comme en contact avec la paroi abdominale; le siége, surmonté de petites

saillies anguleuses, se trouvait à gauche, un peu au-dessus du niveau de la tête; les pieds et les genoux étaient situés un peu plus en arrière que le pelvis lui-même. L'enfant affectait donc une position oblique, très voisine de la transversale, l'épaule gauche étant plus abaissée que la droite. Le summum d'intensité du bruit cardiaque se percevait presqu'au niveau de l'ombilic, un peu à droite de la ligne médiane. Inutile d'ajouter qu'on n'arrivait pas au fœtus par le vagin.

Appliquant huit doigts immédiatement au-dessus de la tête, je l'accrochai de mon mieux et, pendant qu'un aide reportait le pelvis vers l'épigastre, je la fis descendre vers le détroit supérieur. Dès la première tentative, je réussis à changer complètement la forme de l'utérus. Je dis alors aux élèves de chercher la tête et le pelvis où ils les avaient trouvés avant la manœuvre et tous constatèrent qu'ils n'y étaient plus. Par le vagin, ils constatèrent que le segment inférieur de la matrice, vide tout à l'heure, était rempli par le crâne maintenant.

Nous recommandâmes à la femme de dormir sur le flanc droit, et de nous prévenir si son ventre s'élargissait dans la suite. Le vice de présentation ne se reproduisit plus, et l'accouchement fut naturel et heureux.

Obs. XIX. — *Pluripare à 8 mois. — Présentation du dos presque transversale. — Version céphalique externe. — Récidive. — Nouvelle version. — Accouchement heureux à terme.*

Marie Vanh..., pluripare, entre à notre clinique le 29 mai 1858. Nous trouvons *au toucher:* col de la matrice peu

élevé, admettant la dernière phalange, fœtus inaccessible. *A l'examen du ventre*, la vue, la percussion et le palper nous apprennent que l'utérus offre un excès de largeur considérable pour rendre la déformation plus frappante, par comparaison; je fais explorer par les élèves le ventre normal d'une autre femme arrivée aussi au huitième mois de la gestation.

Le fond de la matrice, situé à quatre travers de doigt au-dessus du nombril, est partout dépressible et n'offre, ni au milieu, ni à droite, ni à gauche, aucune partie fœtale. Plus bas vers les flancs et presque au même niveau, on sent: à gauche, une tumeur ronde dure, plus grosse que le poing, qu'on peut faire balloter soit en l'empoignant, soit en lui imprimant de petites secousses du bout des doigts, c'est évidemment la tête; à droite, une autre tumeur moins nettement dessinée, le siége et, un peu plus haut et plus profondément, un talon fort mobile. Le dos regarde en bas et un peu en avant. Pendant qu'un élève reporte doucement le pelvis vers l'épigastre, j'accroche la tête des deux mains et je l'abaisse aisément jusqu'à quatre travers de doigt du détroit supérieur, mais là je suis arrêté. Je place ensuite la main gauche sur le pelvis pendant que je tiens la droite sur le crâne et j'agis sur les deux extrémités de l'axe fœtal, non pour continuer son redressement, mais pour diminuer un peu sa longueur en le courbant sur lui-même et pour provoquer un mouvement actif; puis je reprends la manœuvre comme plus haut, et l'évolution de la tête est aisément complétée: le palper et le toucher constatent sa présence sur le détroit supérieur.

La forme du ventre cependant, quoique sensiblement modifiée n'est pas encore absolument correcte et nous fait

annoncer que le vice de présentation se reproduira probablement bientôt. Nous recommandons le décubitus sur le côté gauche.

Le 19 juin, nous constatons, en effet, que le fœtus s'est remis en travers; nous n'éprouvons aucune difficulté à reproduire une présentation céphalique et pour la fixer nous appliquons un bandage de ventre.

Le 26, nous constatons que le ventre a une forme correcte et que l'enfant est en position O. C. G. Nous n'avons plus revu la femme qui est accouchée chez elle et a quitté la ville peu après ses couches. Le seul renseignement que nous ayons pu obtenir de ses anciens voisins, c'est que « tout s'est bien passé » pour la mère et pour l'enfant.

Obs. XX. — *Pluripare présentation presque transversale du dos. — Céphalo-iliaque gauche. — Version céphalique externe. — Accouchement en O. C. D.*

Mme X..., grande et belle femme a accouché cinq fois heureusement. Elle est à terme d'une sixième grossesse dont les deux derniers mois ont été pénibles : le malaise s'était même souvent changé en douleurs qui lui avaient fait croire plus d'une fois à un commencement de travail. Elle sentait les mouvements de l'enfant des deux côtés à la fois.

Le 13 juillet 1858, dans la soirée le travail se déclara franchement et je fus appelé à 11 heures. L'orifice utérin présente un gros pouce de diamètre, ses parois sont encore épaisses et tout le segment inférieur de la matrice, accessible au toucher, est allongé en entonnoir et occupé par la poche des eaux dans laquelle je ne rencontre aucune partie du fœtus.

Je mets la patiente debout et je ne suis pas plus heureux, quoique j'emploie deux doigts. Je recouche Mme X... pour lui examiner le ventre. L'utérus déprimé vers son fond est très large supérieurement. Je reconnais très nettement la tête à gauche, un peu au-dessus d'une ligne transversale qui passerait par le milieu des flancs; le siége et les membres pelviens sont à droite sur un plan un peu plus élevé que la tête. Les membres pelviens situés un peu plus haut que le siége indiquent que le ventre du fœtus est dirigé vers le fond du viscère (V. fig. VIII). Je place le mari du côté



Fig. VIII.

du chevet du lit et je lui applique la main sous l'extrémité

pelvienne de l'enfant en lui disant de la reporter vers l'épigastre et en même temps j'agis des deux mains sur la tête que j'abaisse avec une extrême facilité et du premier coup jusque sur l'entrée du bassin.

La matrice a repris sa forme ovoïde régulière et le sommet se présente si franchement que je crois pouvoir aller me jeter sur un lit en recommandant à Mme X... de se tenir couchée sur le flanc gauche et de me faire éveiller dès que les douleurs prendront le caractère expulsif.

A 1 1/2 heure, la dilatation du col est à peu près complète, la tête franchement engagée. A 2 heures, une forte douleur rompt les membranes, un seul gros flot de liquide s'échappe et le crâne descend du même coup jusqu'au fond du bassin en deuxième position ; il se dégage bientôt sans difficulté, mais les épaules tardent quelque temps à le suivre, de sorte que le nouveau né est un peu étourdi. Quelques frictions suffisent pour lui faire pousser les cris les plus rassurants. Il est du sexe féminin et pèse au moins 4,500 grammes.

Délivrance et couches normales.

Obs. XXI. — *Pluripare. — Présentation presque transversale du plan antérieur. — Tête à gauche. — Version céphalique externe. — Ventrière ; forceps.*

Mme R. a accouché une première fois, à sept mois, d'un enfant putride ; une deuxième fois d'un enfant asphyxié par le cordon. Enceinte une troisième fois, après une longue attente, je lui fis porter de bonne heure une ceinture parce qu'elle avait le ventre extraordinairement propendant. Je l'examinai vers la fin du huitième mois : le fœtus était inac-

cessible par le toucher; l'utérus était déformé : le siége et les membres étaient dans le flanc droit, mais trop bas; la tête se trouvait au-dessus de la fosse iliaque gauche (V. fig. XI). Je l'abaissai tout doucement vers les pubis, appliquai une ceinture, sous laquelle je glissai un gros paquet d'ouate pour presser sur la fosse iliaque gauche et ordonnai le décubitus sur le flanc gauche. Quinze jours plus tard, la matrice avait une meilleure forme et la tête, quoique très élevée, se reconnaissait au-dessus du détroit supérieur en position antérieure droite.

Les eaux s'écoulèrent tout au début du travail, qui fut lent. J'appliquai le forceps à une main (main droite et branche droite première) et j'amenai un enfant vivant.

Délivrance et couches naturelles.

Obs. XXII. — *Présentation du plan antérieur tête à gauche. — Version céphalique externe. — Ventrière. — Accouchement en O C G.*

Analogue à la précédente. Mme T., fermière à Walhain-Saint-Paul, grande et forte femme, a perdu ses trois premiers enfants pendant le travail, les deux derniers à la suite de la version ordinaire. A huit mois et demi d'une quatrième grossesse, elle vint à Louvain pour y faire ses couches. Fœtus inaccessible au toucher; utérus déformé, élargi en haut et déprimé; parois abdominales et utérines épaisses et fermes; je reconnais cependant deux grosses tumeurs dans les flancs, l'une à droite, l'autre à gauche. Laquelle est la tête? Je n'oserais rien affirmer. J'agis donc « au petit bonheur » sur la tumeur gauche, la moins élevée, et je l'amène à l'entrée du bassin. C'était le crâne

(V. fig. XI). Bandage de corps avec compresses longitudinales sur les côtés de l'utérus, décubitus latéral gauche. L'utérus conserve sa forme corrigée et l'enfant sa situation. Huit jours plus tard, le travail se déclare et l'enfant naît en première position du sommet, avec deux circulaires du cordon sur le cou. Il est asphyxié, mais se ranime bientôt.

Délivrance et couches normales.

Obs. XXIII. — *Pluripare. — Présentation vicieuse céphalo-iliaque droite. — Circulaires du cordon. — Enfant mort. — Eaux écoulées. — Version externe : céphalique impossible, puis pelvienne par une culbute complète.*

Mme Vank., petite femme délicate, à terme d'une treizième grossesse, entre en travail, dans la nuit du 8 au 9 avril 1863, et me fait appeler le matin. Elle croit porter un enfant mort; il y a trois jours, elle éprouva une vive émotion et depuis lors elle ne sent plus aucun mouvement. Au toucher, je trouvai le col très élevé, dévié en arrière, assez ouvert pour admettre deux doigts qui, d'aucun côté, n'arrivent au fœtus. Le ventre est fortement en besace ; transversalement, l'utérus ne paraît pas trop large, mais il est trop étendu d'avant en arrière. Le palper me fait reconnaître les parties de l'enfant dans la situation où les montre la figure ci-contre (fig. IX).

J'essaie d'abaisser la tête vers les pubis, mais sans aucun succès, elle résiste obstinément. J'essaie de provoquer des mouvements actifs, j'ausculte avec soin et je conclus que la mort de l'enfant, soupçonnée par la mère, est réelle.

A midi, la poche se rompt et des eaux toutes vertes s'écoulent.

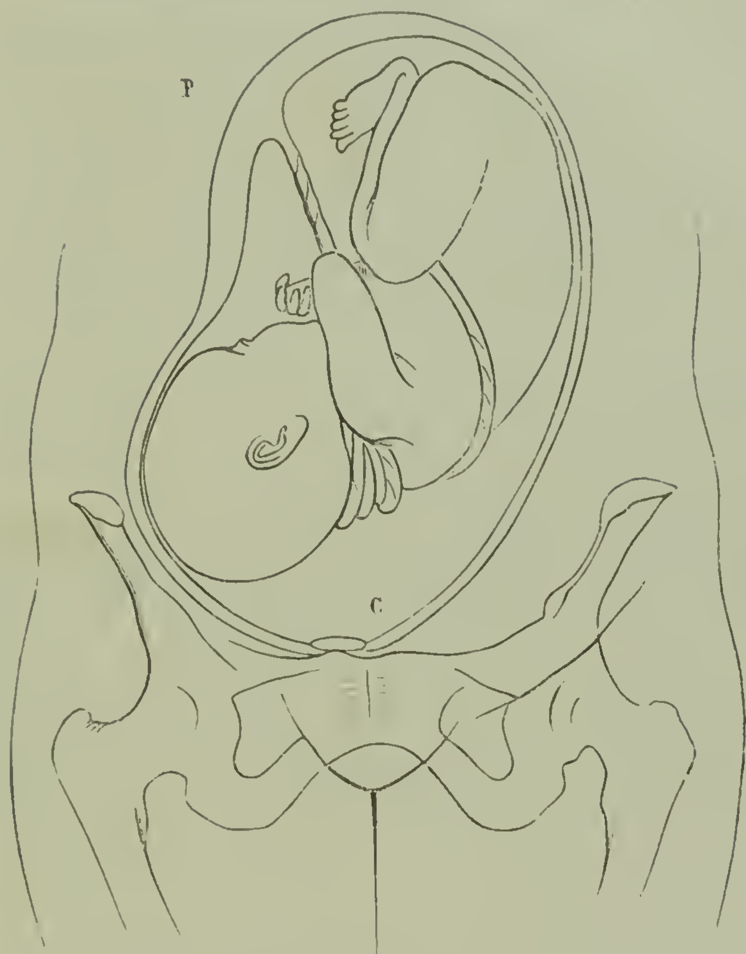


Fig. IX.

La matrice a la même forme et le fœtus la même situation que le matin, seulement l'issue des eaux me permet de reconnaître encore plus nettement toutes les parties du fœtus. J'essaie de nouveau d'abaisser la tête, dont la résistance à l'effort ne s'explique, pour moi, que par cette supposition qu'elle est arrêtée dans son évolution par une circulaire du cordon. Je change aussitôt de manœuvre et je parviens à la faire remonter sans peine, le long du flanc droit, jusqu'au-dessus du niveau de l'ombilic. Je touche et

mon doigt pénètre dans l'anus de l'enfant, qui est ouvert ; il revient teint d'excréments jaunes.

Le travail marche régulièrement et à 4 heures les fesses se dégagent en position cotyloïdienne droite.

Le cordon remontait de l'ombilic vers le flanc droit, puis vers le dos et formait sur le cou quatre circulaires si serrées qu'il fallut couper la tige pour pouvoir opérer l'extraction du crâne.

Délivrance et couches naturelles.

OBS. XXIV. — *Primipare. — Présentation presque transversale du dos. — Tête à gauche. — Version céphalique externe. — Récidive. — Forceps. — Enfant vivant.*

Mme G. n'a plus eu ses règles depuis son mariage, qui date de cinq ans. Le 20 octobre 1866, elle me fait appeler : elle est à terme de sa première grossesse et elle a eu des douleurs toute la nuit.

Au toucher, je trouve le col incomplètement effacé; son pourtour épais, ferme, me fait présager une dilatation lente et pénible, mais ce qui me préoccupe davantage, c'est que, même avec deux doigts, je ne puis arriver à l'enfant. Au palper, malgré la fermeté des parois utérines et abdominales, je reconnais la tête dans la fosse iliaque gauche, le pelvis et les genoux dans le flanc droit au niveau de l'ombilic; le ventre et les membres dirigés en haut à gauche et un peu en arrière (*V.* fig. VIII, obs. XX).

J'exerce des pressions douces et graduées sur la tête, mais avec plus d'insistance que de succès. J'incline alors la femme sur son flanc gauche, j'applique les mains sur les deux extrémités de l'ovoïde, et je les y maintiens quelque

temps en augmentant graduellement la pression. Je sens que le fœtus cède et au toucher je reconnais le crâne au-dessus du bassin. Je conseille à la patiente de rester couchée sur le flanc gauche.

A six heures du soir, la tête remplit bien le segment inférieur de la matrice; le col est effacé, mais encore épais. Je conseillai des douches vaginales émollientes toutes les 2 heures, et je me retirai fort rassuré. J'avais tort d'être si tranquille, car, à 10 1/2 heures, je ne trouvai plus la tête par le toucher : la partie inférieure de la matrice est vide, la supérieure, au contraire, est d'une largeur extraordinaire, comme si tout le fœtus s'y était pelotonné en travers. Les douleurs sont fréquentes et à peine séparées par quelques instants de calme complet. J'essaie de ramener la tête vers le segment inférieur de l'utérus, qui s'est resserré comme le col; mais n'y parvenant pas, je fais coucher la femme sur le flanc et je vais me reposer un instant. A 3 heures du matin, j'ai la satisfaction de retrouver la tête à l'entrée du bassin : ce que les manipulations n'avaient pas réussi, le décubitus l'avait fait. Je m'empressai de rompre les membranes pour empêcher de nouveaux déplacements.

Le col résiste longtemps à la dilatation et, le travail se prolongeant, j'applique le forceps et j'amène une petite fille vivante qui pèse plus de 5 kilogrammes.

La délivrance se complique d'une hémorrhagie. Couches normales.

Obs. XXV. — *Présentation presque transversale du dos. — Version extérieure céphalique à 8 1/2 mois. — Ceinture. — Accouchement en O. I. D. P.*

Mme P... a eu deux accouchements très laborieux. Elle est à 8 1/2 mois de sa 3me grossesse.

Par le toucher, je n'arrive à aucune partie fœtale ; en examinant le ventre, je trouve la tête dans la fosse iliaque gauche, à 5 gros travers de doigt au-dessus des pubis ; le pelvis, surmonté des pieds, est dans le flanc droit, et un peu plus élevé que la tête; le ventre du fœtus est tourné directement vers le haut. (V. fig. VIII.)

Par des pressions, je ramène la tête très exactement sur la ligne médiane, mais je ne parviens pas à la faire plonger dans l'excavation, elle reste trop haut et, dès que je la lâche, elle remonte vers sa première situation. Pour la fixer, j'eus recours à une ceinture de ventre comprimant la matrice latéralement, et que la femme porta nuit et jour. Elle prit, de plus, la précaution de dormir sur le flanc gauche.

Quinze jours plus tard, le travail se déclarait, et comme je m'y attendais, je trouvai la tête en position occipito-iliaque droite postérieure. Cette position se convertit tout à coup en antérieure sur le périnée, et l'enfant, très vigoureux, fut aussitôt expulsé.

Délivrance et couches normales.

Obs. XXVI. — *Pluripare. — Présentation du dos, tête à gauche. — Version céphalique externe. — Accouchement en O. C. D.*

Mme Dar..., mère de 4 garçons nés facilement, ne me fait appeler qu'à 8 heures du matin : les douleurs de son 5e accouchement ont commencé à 5 heures. Je trouve le col élevé, dévié en arrière et son ouverture beaucoup plus large en travers que d'avant en arrière ; il m'est impossible d'atteindre une partie fœtale, mais je constate avec satisfaction

que les membranes sont intactes. Ventre et utérus très déformés, trop larges obliquement de haut en bas et de droite à gauche. La tête se trouve au-dessus de la fosse iliaque gauche, le siége et les membres dans le flanc droit, le dos est tourné directement en bas. (V. fig. X.) J'amenai



Fig. X.

la tête vers le détroit supérieur, et ayant fait incliner la femme sur son flanc gauche, je repoussai avec la plus grande facilité le pelvis de l'enfant jusqu'à l'angle supérieur gauche de l'utérus; il me fallut moins de temps pour opérer cette mutation, qu'il ne m'en faut pour la décrire.

Le toucher me fit trouver la tête à l'entrée du bassin : le

but même était dépassé, car la grande fontanelle correspondait au centre du détroit. Je remis la patiente sur le dos.

Les douleurs devinrent bientôt plus franches, le col se dilata rapidement et, à 9 heures, trouvant la tête bien redressée en 2me position (presque transversale) droite, je rompis la poche à 9 1/2 heures, un garçon d'un volume énorme était expulsé sain et sauf. Il n'y a pas de circulaire sur le cou.

Aux deux derniers accouchements, la délivrance avait été compliquée d'hémorrhagies assez graves. Je m'empressai de donner l'ergot de seigle et d'appliquer un bandage de corps serré aussitôt que le placenta fut expulsé.

Couches normales.

Obs. XXVII. — *Pluripare. — Présentation presque transversaledu ventre. — Eaux écoulées. — La version céphalique externe réussit à la quatrième tentative. — Accouchement en O. C. G.*

Mme De... a eu deux accouchements heureux, le second très prompt; elle attendait le troisième pour le 6 décembre 1871, quand le 24 novembre elle se sentit tout à coup toute mouillée, sans avoir cependant éprouvé aucune douleur.

Le col est extrêmement haut, à peine effacé et à peine entr'ouvert, et le fœtus absolument inaccessible par le vagin.

A l'examen du ventre, je reconnus les pieds ou les genoux au niveau du milieu de la région droite et antérieure de l'utérus (v. fig. XI) ; plus haut, vers l'angle droit, la tumeur formée par le siége se continuant avec le dos



Fig. XI.

tourné directement en haut et se prolongeant jusque un peu plus bas que le milieu du bord gauche de la matrice, où était la tête ; les deux fosses iliaques étaient vides. En faisant coucher la femme sur le flanc gauche, je refoulais sans trop de peine le siége vers le haut, et en pressant de haut en bas et de gauche à droite sur l'autre extrémité du fœtus, je l'abaissais, mais sans cependant le rendre accessible par le vagin. Trois tentatives aboutirent toujours au même résultat incomplet. Notons cependant que sous leur influence les contractions indolores que j'avais constatées étaient devenues douloureuses et fréquentes. Je recommande le décubitus latéral et nous attendons.

A midi, le ventre a toujours la même forme, mais je trouve la matrice beaucoup plus souple et le fœtus plus mobile. Je recommence ma manœuvre, et du premier coup elle réussit si bien, que je sens la tête en plein dans l'ouverture supérieure du bassin. A 2 1/2 heures, la tête est au couronnement en première position, et une demi-heure plus tard naissait un gros garçon (4 1/2 kilog.), un peu étourdi, mais bientôt ranimé.

Le cordon est très long, mais ne forme pas de circulaires.

Délivrance et couches normales.

Je ne rapporterai pas, pour ne pas allonger démesurément cette étude, *toutes* les observations de version externe communiquées à mon père par les praticiens qu'il avait formés ; je me bornerai à n'en reproduire que quelques-unes.

Obs. XXVIII. — *Pluripare. — Présentation de l'épaule droite. — Version externe céphalique. — Accouchement par le sommet. — Enfant vivant.* (Obs. recueillie par M. le docteur Van Diest, de Louvain).

Thérèse Verhelst, 32 ans, dentellière, d'une taille moyenne, un peu replète, mère de trois enfants, avait eu des accouchements prompts et des couches heureuses. Enceinte pour la quatrième fois, elle eut de violents chagrins qui la jetèrent dans le découragement et lui firent perdre une partie de son embonpoint.

Vers sept mois, en sortant de chez elle, elle glissa et tomba si lourdement qu'il fallut la reporter dans sa maison. Elle reprit toutefois ses travaux, mais conserva une douleur dans le bas-ventre, jusqu'à terme.

Dans la soirée du 10 octobre 1844, elle accusa les premières douleurs, qui, légères et éloignées pendant la nuit, se suspendirent le matin, pour reprendre dans la soirée. Vers minuit, elles devinrent expulsives, et je fus appelé à une heure.

Jetant un coup d'œil sur le ventre, je fus frappé de l'irrégularité de sa forme. Il était aplati en haut et très développé vers les flancs, ce qui dépendait, comme je m'en suis assuré par la percussion et le palper, de la forme de la matrice elle-même. Thérèse me dit que, dans les derniers mois, elle avait plus souffert que dans ses autres grossesses, que les mouvements de son enfant ne s'étaient pas fait sentir dans les mêmes points et, me plaçant la main au-dessus de la crête iliaque droite, elle me fit parfaitement distinguer des mouvements actifs. Dans la fosse iliaque gauche, je trouvai un corps dur, arrondi, se laissant déplacer sous la pression et, sous les fausses-côtes du côté opposé, il existait une autre tumeur, un peu plus large, moins dure, moins régulière et surmontée de saillies anguleuses. Le bruit cardiaque s'entendait vers la ligne blanche, un peu plus à gauche qu'à droite.

Le col de la matrice était flasque et son orifice, d'un diamètre de 2 1/2 pouces, était occupé par une poche allongée en boyau. L'entrée du bassin était vide, mais en joignant le médius à l'indicateur, je pus arriver à un coude. Le siége et le dos de l'enfant m'ayant paru appliqués contre la paroi antérieure de la matrice, j'en inférai que c'était le coude droit que j'avais rencontré. Il me suffisait d'ailleurs de savoir qu'il existait une présentation céphalo-iliaque gauche.

Avant de me décider à pratiquer la version ordinaire, je

voulus essayer l'opération recommandée par M. Hubert. Je plaçai un aide à la droite de la femme, je lui appliquai les deux mains au-dessous de la tumeur formée par les fesses et lui dis de la repousser doucement vers l'épigastre, pendant que, placé à gauche, le dos tourné vers le pied du lit, j'appliquai la main droite au-dessus du corps dur, situé dans la fosse iliaque gauche, pour la pousser obliquement en bas et en dedans vers l'entrée du bassin. En même temps, deux doigts de la main gauche, introduits dans le col, refoulaient le coude à droite et un peu en arrière.

J'agissais dans l'intervalle des douleurs, et quand il en survenait une, je me contentais de maintenir le fœtus là où je l'avais amené. A mesure que je continuai la manœuvre, je sentis le bras remonter, disparaître et finalement céder la place à la tête. Celle-ci étant ramenée au centre du détroit supérieur, je laissai marcher le travail, me bornant à exercer pendant quelque temps une légère compression sur les côtés de l'utérus. Puis les douleurs se succédèrent régulièrement et le crâne étant bien engagé, je rompis les membranes, et un enfant bien développé et bien portant fut expulsé vers quatre heures du matin.

OBS. XXIX. — *Pluripare à 8 1/2 mois. — Présentation du tronc. — Version céphalique externe. — Accouchement par le sommet.* (Obs. communiquée par M. le docteur Lamal, de Malines.)

Vers la fin d'août 1855, Mme X. était dans la dernière quinzaine de sa grossesse, lorsqu'un orage, éclatant brusquement dans la nuit, la réveilla en sursaut. Effrayée, elle sauta de son lit et s'élança à la fenêtre, croyant à un incen-

die. Ramenée au lit par son mari, elle accuse dans le bas-ventre des douleurs continues, s'exaspérant par intervalles. Les mouvements de l'enfant la font souffrir davantage et sont ressentis, dans un des côtés, ailleurs qu'auparavant. Ils avaient été subits et violents au moment où elle s'était élancée hors du lit. Quelque jours seulement s'étaient écoulés depuis que j'avais constaté une présentation céphalique, et cependant au toucher je ne parvins plus à atteindre la tête ni acune autre partie du fœtus.

J'examine le ventre : l'utérus est déformé, élargi et les deux extrémités de l'ovoïde fœtal, correspondant aux deux côtés du viscère, ne me permettent pas de douter que la présentation du sommet est remplacée par celle du tronc. Cette circonstance m'inquiète d'autant plus qu'elle paraît provoquer de véritables contractions, qui peuvent amener la rupture des membranes, car il est à remarquer que dans ses cinq couches antérieures, Mme X. a toujours perdu ses eaux au début du travail. Je me mets donc en devoir de pratiquer la version extérieure, enseignée et pratiquée par mon éminent maître M. Hubert. Je place la patiente dans le décubitus dorsal, et à peine ai-je fait quelques manipulations, autant que possible dans l'intervalle des douleurs, que je parviens à abaisser la tête vers l'une des fosses iliaques. Lorsque survient une contraction, je m'attache à maintenir le résultat obtenu, en tenant les mains fixées sur les deux extrémités de l'enfant. Mais arrivé à un certain point, je n'obtiens plus rien, et j'allais désespérer du succès, lorsque, par une résolution soudaine, abandonnant d'une main l'extrémité céphalique, j'introduis deux doigts dans le vagin et j'imprime un mouvement brusque à la matrice, tandis que, de la main restée à l'extérieur, et

appliquée sur le pelvis, je repousse celui-ci vers l'épigastre avec assez de force pour imprimer un mouvement de bascule ou une forte torsion à l'enfant, dont la tête se trouve dès lors sur un plan plus bas et fortement incliné. Le résultat est complet, car la tête, glissant dans le bassin, vient brusquement frapper les doigts introduits. L'utérus a d'ailleurs repris sa forme ovoïde, les pieds de l'enfant se sentent vers son fond et, dès cet instant, toute douleur, tout malaise cesse.

Mme X. avait du reste parfaitement senti le déplacement, ou plutôt le replacement, de son enfant : « Mon enfant vient de faire un grand mouvement, qui me soulage tout à fait », me dit-elle.

L'accouchement eut lieu douze jours plus tard et s'opéra heureusement par le sommet de la tête.

Obs. XXX. — *Pluripare. — Présentation transversale du plan antérieur. — Eaux écoulées. — Version externe podalique. — Enfant vivant.* (Obs. communiquée par M. Hayoit, de Saint-Ghislain).

Mme R..., 32 ans, a eu deux couches heureuses. Sa troisième grossesse a été plus pénible que les autres : elle a beaucoup souffert des reins et des côtés de l'abdomen.

Le 9 octobre 1858, je fus appelé pour son accouchement. Les douleurs étaient encore légères, mais peu après mon arrivée la poche des eaux se rompit sous l'influence d'une contraction plus énergique et il s'écoula une grande quantité d'eaux. Je touchai immédiatement et je trouvai le col à peu près complètement dilaté et dans son ouverture les deux mains ; un peu plus haut et à gauche je rencontrai

un pied. Le palper me fit découvrir du reste la présence de la tête dans la fosse iliaque droite, le siége vers le flanc gauche.

J'aurais pu sans doute introduire toute la main et aller saisir les pieds, mais je préférai profiter de l'intervalle des douleurs et refouler de la main gauche la tête en haut et à gauche, tandis que de la main droite j'abaissais le siége et le ramenais vers le bassin. Les pieds furent ainsi amenés dans le vagin où trois doigts suffirent pour les saisir et les attirer au dehors. L'accouchement fut ainsi terminé en quelques minutes et presque sans douleurs. Enfant vivant.

Obs. XXXI. — *Pluripare. — Présentation du tronc dorso-antérieure. — Version externe céphalique. — Prolapsus du cordon. — Forceps. — Enfant vivant.* (Obs. recueillie par M. P. De Cooman, élève interne).

Barbe Ded..., à terme d'une huitième grossesse, entre en travail dans la nuit du 23 août 1863. A 4 heures du matin, le col présente une ouverture large comme une paume de main; la poche des eaux est allongée, le fœtus est inaccessible par le vagin. Au palper je trouve la tête au-dessus de la fosse iliaque gauche; le pelvis et les membres, en haut et à droite; le summum d'intensité des bruits cardiaques est au niveau de l'ombilic et un peu à gauche. Par des manœuvres externes je parviens sans peine à ramener la tête au détroit supérieur, et je fais coucher la femme sur le flanc droit.

Le travail est languissant, la poche des eaux se rompt à 8 heures: la tête est en position O. T. G. très inclinée sur sur le pariétal droit; une anse de cordon longue de 30 centimètres fait procidence. Je réduis le cordon prolabé avec

les doigts. Les douleurs sont très rares et peu énergiques pendant la journée et pendant la nuit. Le lendemain matin, à 9 heures, la tête est un peu descendue dans l'excavation et les bruits cardiaques s'affaiblissant, je fais appeler M. le professeur Hubert qui applique le forceps à une main et amène un gros garçon vivant, du poids de 4 1/2 kilogr. Couches normales.

OBS. XXXII. — *Pluripare. — Présentation de l'épaule droite variété dorso-postérieure. — Procidence d'une main et du cordon. — Version externe céphalique. — Accouchement par le sommet.* (Obs. recueillie par M. Louwers, interne).

La femme Françoise Dek.... est à terme d'une sixième grossesse. L'an dernier elle a été délivrée à la Maternité par la version interne et l'enfant est mort pendant l'opération.

Le travail se déclare le 7 octobre 1863, vers 3 heures de l'après-midi, mais la femme n'entre à l'hospice qu'à 11 heures du soir. Le col très souple présente une ouverture large comme une petite paume de main; dans la poche, allongée en boyau, je reconnais en avant le cordon qui bat régulièrement, et à gauche une main. Je constate en même temps que l'angle sacro-vertébral est fortement saillant. Par des pressions extérieures, je parviens à amener la tête au centre du détroit; la poche des eaux se rompt aussitôt; j'introduis deux doigts qui reportent le cordon en avant aussi haut que possible au-dessus de la tête en position O. I. G. P.; une douleur survient en ce moment, fixe la tête et rend la réduction du cordon définitive.

Malgré des contractions énergiques qui reviennent

toutes les cinq minutes, le travail n'avance que lentement et, à 3 heures du matin seulement, la tête expulsée en position antérieure.

Enfant vivant, du sexe masculin, pesant 4 kilogrammes. Délivrance et couches normales.

Obs. XXXIII. — *Pluripare. — Présentation oblique du plan antérieur. — Version céphalique externe. — Accouchement par le sommet.* — (Eugène Hubert).

Mme Duch..., mère de 5 ou 6 enfants, très petite de taille, a cependant toujours accouché facilement. Sa grossesse actuelle a été plus pénible que les autres et s'est compliquée, vers la fin, d'œdème aux pieds, aux mains et même à la face, bien que les urines ne continssent pas d'albumine. Le 25 novembre 1871, à 2 heures, je suis appelé à remplacer près d'elle mon père absent ; elle a depuis le matin de petites douleurs qui, d'abord très éloignées, se sont rapprochées et reviennent maintenant toutes les dix minutes.

Toucher. — Organes génitaux fort gonflés, mais souples et bien lubréfiés ; je dois introduire deux doigts pour atteindre le col complètement effacé et ramolli, dont les lèvres se touchent encore, mais qui présente une fente transversale, dans laquelle trois doigts passeraient sans peine. Le détroit supérieur est vide et le fœtus inaccessible.

Examen du ventre. — Ventre énorme, fortement en besace; utérus s'élevant très haut et très large transversalement. Le siége et les membres pelviens se trouvent dans l'hypochondre gauche, la tête dans le flanc droit au-dessus

de la crête iliaque, s'étendant de l'autre; je reconnais le dos tourné vers le haut. Le summum d'intensité des bruits cardiaques (128 à la minute) est à deux travers de doigt de l'ombilic, mais à la même hauteur (V. fig. XII). J'accroche la



Fig. XII.

tête d'une main, et je l'attire vers le détroit supérieur; tandis que de l'autre je refoule le siége vers la ligne médiane. Je sens qu'elle cède, et au même moment la femme me dit: « monsieur, vous venez de replacer mon enfant. » Le toucher m'apprend que la tête est sur le détroit supérieur : une seule application, j'allais presque dire une *imposition*, des mains avait suffi. Croyant avoir le temps de faire une visite dans le voisinage, je me retire en recommandant le

décubitus sur le flanc droit. Je ne fus pas absent une heure...., et en remontant l'escalier j'entendis les cris d'un gros garçon de 5 kilogrammes, qui venait d'être mis au monde par le sommet.

Délivrance naturelle, quoique la matrice, en revenant sur elle-même, conserve la déformation qu'elle avait présentée avant l'accouchement.

Obs. XXXIV. — *Pluripare. — Bassin de 7 1/2 centimètres. — Présentation transversale du flanc gauche, dorso-antérieure. — Quatre versions externes céphaliques. — Provocation du travail. — Accouchement en O. T, G.* (Eug. Hubert.)

Virginie Pil... en est à sa 14me grossesse; tous ses enfants ont été amenés morts par la version, le forceps, le transforateur, à l'exception d'un seul, né prématurément à la Maternité en 1864, après avoir été remis en bonne position par la version externe.

La femme se dit à 8 mois juste, et vient, suivant notre conseil, pour se faire accoucher prématurément.

Examen du ventre. — L'abdomen propendant est très développé transversalement, l'utérus très large ne s'élève qu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Dans le flanc droit, je reconnais une tumeur dure, arrondie, volumineuse, la tête ; dans le flanc gauche, et à peu près au même niveau, une autre tumeur, moins volumineuse et moins dure, avoisinée par d'autres tumeurs plus petites, plus mobiles sous la pression et se déplaçant par moment spontanément. Entre ces deux tumeurs, et les reliant, j'en reconnais une autre moins large, mais beaucoup plus longue, le dos. J'annonce aux élèves présents que le som-

mum d'intensité des bruits cardiaques s'entendra un peu au-dessous de l'ombilic et à gauche, et c'est là que nous le trouvons en effet.

Par le toucher, je n'arrive à aucune partie fœtale. Le col, à peu près complètement assoupli, a encore toute sa longueur ; son orifice admet la première phalange. L'arc antérieur du bassin est à large courbure. Le sacrum est plat, court et presque horizontal ; l'angle sacro-vertébral est à 9 centimètres du sommet de l'arcade pubienne. Les pubis très longs ont une direction verticale ; il en résulte un bassin en entonnoir renversé. Le rétrécissement, d'origine rachitique, est évalué, après diverses mensurations, à 75 millimètres.

Le 3 février 1874, en présence des élèves, je ramène, par quelques manipulations extérieures et avec la plus grande facilité, le crâne de l'enfant sur le détroit supérieur ; bandage de corps et décubitus latéral, pour maintenir la réduction ; douches vaginales pour provoquer le travail.

Le 4, la présentation vicieuse s'est reproduite ; nouvelle version ; douches.

Le 5, nouvelle version. J'introduis une sonde élastique dans la matrice et je pratique une injection qui revient aussitôt ; douches vaginales.

Le 6, nouvelle version aussi facile que les premières. J'introduis une sonde à double courant (sonde de Stoltz) pour faire une nouvelle injection, mais les membranes se rompent à 10 centimètres au-dessus du col ; je laisse écouler une certaine quantité d'eau amniotique par la sonde, dans le but d'obtenir la fixité de la tête sur le détroit supérieur.

Le 7, la tête ne s'est plus déplacée, mais il n'y a encore aucune douleur.

Le 8, le travail se déclare à 3 heures de l'après-midi ; le col se dilate peu à peu et bientôt la tête, en position O. T. G., entre en lutte avec le rétrécissement ; elle se fixe, s'allonge, s'œdématie et, à minuit, elle est expulsée tout à coup.

Délivrance au bout de quelques instants.

Le *nouveau-né*, du sexe masculin, est un peu étourdi et tarde à crier; il s'y décide cependant. A gauche, de la bosse pariétale à l'orbite, l'angle sacro-vertébral a laissé dans le crâne une empreinte profonde et comme excoriée qui s'ulcère quelques jours plus tard. De cette empreinte à la bosse pariétale opposée, il y a 74 millimètres, la mesure du diamètre sacro-pubien.

Diamètre	bitemporal,	75	millimètres.
»	bipariétal,	92	»
»	occipito-mentonnier,	135	»
»	sous-occipito-bregmat.,	91	»
»	occipito-frontal,	11	»

L'enfant pesait juste 3 kilogrammes. Il s'est laissé élever facilement.

Couches. — On craint un moment, dans l'établissement, que la femme ne devienne folle de joie.

Couches parfaites.

Nous n'étendrons pas davantage cette liste d'observations. Nous en sommes bien tenté cependant, car nous avons devant nous une série de faits, non moins intéressants que ceux qu'on vient de lire, démontrant de quelle utilité sont les manipulations extérieures, le décubitus et le bandage de corps, pour redresser les *présentations défectueuses* ou *inclinées* du sommet et du siége. Mais comme il

est admis que « qui peut le plus peut le moins », nous n'avons pas à prouver par des exemples, que les moyens capables de corriger les grands écarts de direction du fœtus sont aussi capables de corriger ses moindres déviations.

Nous ne rapporterons pas non plus les observations de versions ordinaires facilitées, ou rendues possibles, par des pressions extérieures. On comprend sans peine quelle précieuse coopération les pressions du dehors apportent aux manœuvres tentées à l'intérieur. Suivant les exemples paternels, nous n'avons jamais introduit une main dans la matrice pour pratiquer une version ordinaire, sans nous aider extérieurement de l'autre. Nous attribuons même à la main placée sur l'abdomen le rôle prédominant dans la mutation du fœtus et nous pourrions citer un grand nombre de faits où, ne parvenant pas, malgré des efforts soutenus, à entraîner le siége, l'évolution s'est opérée comme par enchantement dès que des pressions extérieures ont été exercées de bas en haut sur la tête et que les deux extrémités de la tige fœtale se sont ainsi trouvées soumises à des sollicitations contraires, mais non directement opposées. Mais, encore une fois, ces récits auraient l'inconvénient de nous entraîner trop loin et de nous écarter de notre but principal.

Nous tenons à prévenir le lecteur que les observations que nous venons de placer sous ses yeux, ne sont pas des observations *choisies*. Dès le début de sa carrière médicale, mon père avait pris l'habitude de rédiger, au jour le jour, non en vue de la publicité, mais pour l'instruction de son fils, tous les faits qu'il lui était donné d'observer. C'est dans ce précieux recueil, où il revit pour nous, que nous avons

puisé, non pas des exemples favorables à la version extérieure, mais *tous les faits*, sans distinction ni réticences, se rattachant à cette opération. Le faisceau de preuves que nous avons ainsi réuni a donc toute la force de démonstration possible.

En résumé : dans nos XXXIV observations la version externe a réussi trente-trois fois : *une seule* fois (obs. XVII) la manœuvre — tentée trop tard ou abandonnée trop tôt — a échoué et la femme a été délivrée par la version ordinaire.

Toutes les femmes ont eu des couches heureuses.

Une seule était primipare (obs. II) ; neuf n'avaient pas atteint le terme de la grossesse (1) ; les autres étaient à terme et chez la plupart le travail était déclaré.

Chez deux femmes la grossesse était gémellaire (obs. XI et XII).

Aucune n'était atteinte d'*hydramnios* ; à peine chez quelques-unes les eaux sont-elles signalées comme abondantes ; chez *six*, les eaux étaient écoulées (2).

Sept fois c'est le siége qui a été amené au détroit supérieur (3), vingt-six fois, la tête. Quatre fois l'enfant a subi une *inversion* ou une *culbute complète* (4), deux fois quoique les eaux fussent écoulées en totalité (obs. XIV et XXIII). L'inversion a été faite sur la tête deux fois (obs. VII et XIV), et sur le pelvis deux fois : la première parce qu'il existait une hémorrhagie grave (obs. VIII) ; la seconde parce que la tête, retenue par une circulaire du cordon, ne se laissait pas abaisser (obs. XXIII).

(1) Observations V, XIV, XV, XVIII, XIX, XXI, XXV, XXIX et XXIV.
(2) Observations III, XIII, XIV, XXIII, XXVII, XXX.
(3) Observations VI, VIII, XI, XII, XVI, XXIII, XXX.
(4) Observations VII, VIII, XIV, XXIII.

Tous les enfants, sauf un qui était mort avant l'opération (obs. XXIII), *sont nés vivants* — mais trois ont succombé presque aussitôt après leur naissance : un, asphyxié par son cordon, à la suite d'un travail très lent excité par l'ergot de seigle (obs. IV); le deuxième (obs. VIII) était à califourchon sur le cordon qu'il fallut couper pour obtenir sa descente; de plus, le placenta était prævia et avait donné lieu à des hémorrhagies graves; enfin le troisième (obs. XIV), qui n'avait que six mois, ne respira que très incomplètement et s'éteignit quatre heures après sa naissance.

Douze des enfants dépassaient le poids moyen et sont notés comme très forts ou pesant 4, 4 1/2 et même 5 kilogrammes.

Il m'est bien permis de faire remarquer — puisque M. Mattei s'est bien permis d'écrire : « la priorité ne m'est pas disputée par Hubert » — que quatre de ces observations ont été publiées en 1843 et que *dix-neuf* (1) *sont antérieures* aux premiers documents que M. Mattei puisse invoquer en sa faveur, ses écrits de 1855. Cette constatation de dates mettrait fin à la *dispute de priorité*, si jamais elle avait pu être sérieusement soulevée (2). Enfin, dans plu-

(1) Les XVII premières et les obs. XXVIII et XXIX.

(2) Dans l'opuscule qu'il vient de publier sous ce titre : *L'obstétrique telle que je l'ai trouvée et telle que je la laisse. Du palper abdominal, etc.*, Paris, 1879, M. Mattei écrit ces lignes que nous ne pouvons laisser sans réponse : « A Paris, en dehors de l'Ecole, à Montpellier, à Strasbourg, en Belgique, partout on loue mes efforts, on soutient mon courage et, comme on l'a vu, la question de priorité ne m'est guère disputée même par ceux qui soutiennent Wigand, elle ne m'est pas disputée par Hubert qui a étudié le sujet. »

Voilà une assertion étrange. M. Mattei vient de reproduire deux lettres dans lesquelles mon Père, en 1856, le félicite, l'encourage... et lui dit, on ne peut plus clairement : les idées que vous venez d'exprimer sur le palper abdominal et sur la version externe, mais voilà vingt ans que je les professe et m'efforce de les faire accepter !

sieurs cas il existait des complications plus ou moins graves et de nature à compromettre le succès de l'opération : placenta prævia, hémorrhagies, prolapsus du cordon, d'un bras, des pieds, circulaires du cordon, rétrécissement du bassin, écoulement déjà lointain des eaux, etc.

Tels sont les résultats que nous a donnés une opération dont le professeur De Paul disait en 1872 : « elle réussit « rarement, car il est difficile de trouver réunies, chez une « même femme, les conditions favorables du côté de la « mère et de l'enfant » (3), et, qu'en 1878, le professeur Pajot appelait encore « une opération à peu près improductive « jusqu'à ces derniers temps » qu'il avoue n'avoir jamais réussie *même dans les conditions favorables à son succès* puisque, *ramené au détroit, le sommet reprenait bientôt sa situation première* (4).

Ainsi dans la première lettre, à propos de la version, nous trouvons ces lignes : « ... Je dois vous dire que depuis *vingt ans* j'ai la convic- » tion qu'appelé à temps, avant l'écoulement des eaux, et même un peu » après, s'il n'est pas survenu de contractions utérines, l'accoucheur » peut. par des manipulations externes seules, ramener à des présen- » tations franches le sommet de la tête ou le pelvis, lorsqu'ils sont » déviés plus ou moins du détroit supérieur. » — Et dans la seconde, à propos du palper abdominal : « Nous connaissions aussi tous les » avantages de ce mode d'exploration, et il y a bientôt vingt ans que » nous cherchons à les faire comprendre. » Et mon père n'aurait pas vis-à-vis de M. Mattei un droit de *priorité* incontestable !

Il faut que les félicitations et les encouragements — pleinement mérités du reste — aient empêché M. Mattei d'apercevoir des revendications aussi clairement exprimées et dont il pouvait constater, dans les pièces qui lui étaient envoyées à l'appui, l'évidente légitimité. Il nous permettra d'attacher à ces revendications réitérées plus d'importance qu'il ne leur en a accordée ; de penser que les questions de priorité (si *priorité* vient de *prior)*, se tranchent par des dates ; et d'estimer enfin qu'entre des auteurs, dont l'un a publié ses travaux en 1845 et l'autre en 1855, il n'y a pas de « *dispute de priorité* » possible, parce qu'elle appartient sans conteste au premier.

(3) *Leçons de clinique obstétricale.* Paris, 1872.

(4) Préface du *Traité* de M. Pinard *(déjà cité).*

Lois de la version par manoeuvres externes.

Nous allons reprendre en les commentant les lois de la version externe, telles que mon père les a formulées en quelques propositions. Ces propositions ou ces formules, pour dater déjà de loin, n'en sont pas moins, encore aujourd'hui, l'expression la plus complète et la plus exacte de la science sur le sujet que nous traitons, et nous n'hésitons pas à les accepter pour conclusions de cette étude.

I. *La version extérieure doit se faire avant le travail. Si le travail a débuté, il faut la pratiquer le plus tôt possible.*

L'expérience démontre que les présentations vicieuses sont, pour la mère, une source d'incommodités et de souffrances, principalement pendant les deux derniers mois de la gestation ; elle démontre aussi que ces inconvénients cessent avec la cause qui les a engendrés : au moment où, spontanément ou artificiellement, tout rentre dans l'ordre, la femme éprouve un grand soulagement. Pourquoi donc le médecin ne lui épargnerait-il pas ces souffrances, alors qu'il le peut sans difficulté, sans douleur et sans aucun inconvénient ? Sous prétexte que le redressement de la présentation ne se maintiendra peut-être pas ? — Qu'en sait-il avant d'avoir essayé ? — Sans doute il existe souvent une tendance marquée à la récidive ; mais cette tendance n'est pas constante, et nous avons montré par de nombreux exemples que le décubitus raisonné et une ceinture abdominale intelligemment placée suffisent presque toujours pour la neutraliser. Et puis, quand il faudrait recommencer trois ou quatre fois une opération sans douleur, sans difficulté et sans périls, ne serait-on pas suffisamment récompensé de ses peines par ce fait qu'au moment du travail on n'aura

pas à lutter contre les difficultés et les dangers très sérieux d'un accouchement contre nature?

Prié par une cliente de l'assister quand le moment des couches sera venu, nous ne négligeons jamais de lui faire une visite un mois ou deux avant l'événement, afin de nous assurer si « *tout est bien*, et pour corriger ce qui ne le serait pas. Nous engageons nos élèves à adopter cet usage dont nous ne nous départons jamais, et qui avait permis à mon père de dire, au bout de sa longue carrière : « Voilà quarante ans que dans ma clientèle j'ai supprimé les présentations vicieuses. »

Wigand, cependant, veut que le travail soit commencé et ajoute : « Une deuxième condition, très importante pour « que la version externe soit possible et praticable, est la « persistance des douleurs et des contractions utérines qui « ne doivent être ni *trop faibles*, ni irrégulières, ni spasmo- « diques » — Tarnier a suivi longtemps les errements du professeur allemand et, à l'en croire (1) : *c'est pendant le travail*, et *alors seulement*, que la version externe aurait d'*incontestables avantages*. Nous retrouvons la même affirmation dans une thèse de M. Pinard, de 1875 (2): « quoi qu'en dise M. le docteur Nivert, il faut, pour que la version externe puisse être efficace, que le travail soit commencé. » Mais en trois ans M. Pinard a fait du chemin et, en 1878, il était complètement revenu de son erreur.

Nous avons donné d'assez bonnes raisons et nous avons cité assez d'exemples pour nous croire fondés, en doctrine comme en pratique, à conseiller la version *avant le travail*.

(1) TARNIER. *Neuvième édition de Cazeaux*. Paris, 1874, p. 966.
(2) *Des contre-indications de la version* (Thèse d'agrégation), 1875, p. 5.

Si le travail est déclaré, il faut la pratiquer le plus tôt possible. C'est de bon sens : il est évident que les contractions utérines, s'exerçant sur un fœtus mal placé, ne peuvent avoir, si elles ne le replacent pas en bonne position, que des résultats fâcheux : la matrice diminue de capacité et se déforme de plus en plus ; les eaux s'écoulent et, si l'on attend trop longtemps, non seulement la version externe, mais encore la version ordinaire vont devenir impossibles. Et comme plus on aura perdu de temps et plus la mutation de l'enfant présentera de difficultés ou de chances d'insuccès, c'est donc bien *le plus tôt possible qu'il faut la tenter.*

2° *La version externe peut réussir quelle que soit la quantité du liquide amniotique et, parfois même, après son écoulement.*

Six de nos observations prouvent péremptoirement que la version externe est possible après l'écoulement des eaux (obs. III, XIII, XIV, XXIII, XXVII, XXIX). C'est que la matrice ne se resserre pas *toujours* immédiatement après la rupture des membranes sur le fœtus, et lui laisse, parfois longtemps encore, une certaine mobilité. Dans notre observation XIII[e], le sac amniotique est rompu depuis *trois jours* et l'évolution de l'enfant n'est pas signalée comme difficile. Il en est de même dans l'observation XIV[e] : les pieds de l'enfant sont à l'extérieur, et cependant il peut être complètement retourné et amené par la tête. Dans l'observation XXIII[e], quoiqu'il n'y ait plus d'eau dans l'utérus, le viscère est encore assez souple pour qu'on puisse, *sans peine*, abaisser le pelvis, beaucoup plus éloigné du détroit supérieur que le crâne. Il est remarquable que, dans les cas rares où mon père a essayé de faire exécuter à l'enfant une *inversion* complète, et y est parvenu, deux fois il opérait *à sec.*

Il est donc faux de dire, avec Wigand : « La première » condition de *possibilité est que les eaux ne soient pas encore* » *écoulées*, ou qu'elles ne le soient que depuis peu de temps » et en partie seulement. » — Que la présence des eaux soit une condition de *facilité*, nous l'accordons, mais une condition de *possibilité*, nous le nions, les faits à la main.

A plus forte raison dénierons-nous à Wigand le droit de poser comme une *condition nécessaire* au succès, qu'il existe *une abondance extraordinaire des eaux*. Aucune de nos opérées n'était atteinte d'hydropisie de l'amnios, et nous croyons même que l'hydramnios constitue une condition défavorable, partant non désirable, car si le fœtus est plus mobile et relativement plus petit, sa réduction, facile à obtenir, est aussi beaucoup plus malaisée à maintenir. L'excès nuit en tout. La condition première, essentielle, du succès est ailleurs que dans la poche amniotique : qu'il y ait de l'eau beaucoup ou point, il importe assez peu : la manœuvre est difficile ou facile, selon que les parois utérines sont rigides ou flasques et que la cavité du viscère s'est ou ne s'est pas considérablement rétrécie.

3° *Il faut, en général, ramener au centre du bassin celle des extrémités, céphalique ou pelvienne, qui s'en trouve le moins écartée.*

Cette proposition n'est pas admise par tout le monde. Sauf le cas où la tête est très rapprochée du détroit supérieur, Wigand veut qu'on ramène toujours les pieds; Matteï, Pinard et d'autres, au contraire, veulent qu'on ramène toujours la tête, même quand le fœtus se présente régulièrement par le siége. Nous ferons remarquer que ramener la partie la plus rapprochée est ordinairement la seule opération possible, parce que l'inversion complète

exige des conditions de mobilité ou d'exiguïté du fœtus et de laxidité utérine non communes. On est donc loin d'avoir toujours le choix ou la liberté de suivre une règle absolue, et nécessité n'a pas de loi.

Nous avons rapporté un cas où la tête, plus abaissée que le pelvis, mais retenue par une circulaire du cordon, ne se laissait pas amener au détroit supérieur, tandis que mon père parvint à y conduire le siége : aurait-il dû s'obstiner à poursuivre la version céphalique (obs. XXIII) ? Dans une autre observation, qui date de 1851 (obs. XIV), mon père força à se présenter par le crâne un enfant qui avait déjà les deux pieds sortis de la vulve : a-t-il eu tort? Dans les deux cas, cependant, il a violé ou la loi de Matteï ou celle de Wigand ; heureusement, il ne connaissait ni l'une ni l'autre.

Dans les conditions ordinaires, la présentation du sommet est préférable à celle du siége. Cela n'est contesté par personne. M. Pinard exagère donc la pensée du professeur de Louvain, quand il écrit : « Pour quelques auteurs, le » professeur Hubert entre autres, la présentation du siége » doit être considérée comme *normale* et *par conséquent* on » ne doit point essayer d'y substituer une présentation du » sommet. Je suis étonné qu'un homme de la valeur d'Hu- » bert ait porté un jugement pareil. » — Mais nous avons vu que mon père avait déjà opéré cette substitution bien avant que M. Matteï en donnât le conseil! Seulement il n'a jamais fait de la conversion des présentations pelviennes en présentations céphaliques un précepte absolu, et nous allons dire les raisons qui l'ont empêché de tomber dans cette exagération.

Pour pouvoir imprimer à l'enfant une culbute complète,

il faut des conditions maternelles et fœtales rarement réunies. Cette grande évolution, MM. Matteï et Pinard le reconnaissent eux-mêmes, est habituellement impossible dans les présentations *franches* ou *engagées du siége*. D'autre part, si les circonstances ne sont pas exceptionnellement favorables à l'opération, ne s'expose-t-on pas à ne la réussir qu'à moitié et à substituer à une présentation du siége une présentation pire, la transversale ?

Et puis, l'accouchement par le siége est-il si redoutable pour l'enfant que les statistiques le feraient supposer ? Il nous a toujours paru qu'elles présentaient l'événement sous un jour trop sombre et, si nous permettons aux chiffres d'être brutaux, nous ne saurions leur pardonner d'être trompeurs. Ainsi, pour nous borner aux exemples que nous avons rapportés, à colliger les faits sans critique, nous arriverions à ces résultats : de 7 enfants nés par le siége, 2 morts. Donc, une mortalité de 28 p. c. ! Eh bien, cette conclusion est absolument fausse : un enfant était mort *avant le travail* et *avant l'opération* (obs. XXIII) : il ne peut donc pas entrer en ligne de compte. Reste 1 mort sur 6, et encore ! est-ce bien au mode de présentation ou à l'insertion vicieuse du placenta et à l'hémorrhagie que l'accident est imputable? Mais, dans les statistiques de Simpson (1), nous trouvons que le *placenta prævia* à lui seul est fatal à l'enfant 69 fois sur 100.

Enfin, il est des cas assez nombreux où la présentation pelvienne est préférable à la céphalique, tantôt dans l'intérêt de la mère : chaque fois qu'un accident grave réclame une prompte terminaison du travail ; tantôt dans l'intérêt

(1) Simpson a réuni 115 cas de placenta prævia : 75 fois l'enfant nacquit mort.

même de l'enfant, dont les chances de naître vivant sont plus nombreuses par le siége lorsqu'il doit traverser une angustie pelvienne de 7, 8 ou 8 1/2 centimètres, ou bien lorsque le cordon prolabé est irréductible.

Ce n'est donc ni *toujours* la tête (Matteï), ni *toujours* les pieds (Wigand) qu'il faut amener au détroit supérieur, mais, *en général*, *celle des extrémités*, *céphalique ou pelvienne*, *qui s'en trouve le moins écartée* : tantôt l'une, tantôt l'autre, selon les indications du cas particulier.

Nous pouvons constater déjà — mais cela apparaîtra avec plus d'évidence encore dans la suite — combien M. Matteï s'écarte de la vérité lorsqu'il écrit : « Ainsi, c'est bien clair, Hubert professait exactement les idées de Wigand (1). »

4° *Pour réussir*, *il faut absolument :*

a) *Mettre les parois abdominales de la femme dans le plus complet relâchement ;*

b) *Opérer les manœuvres dans l'intervalle des contractions.*

La position horizontale, quoiqu'en dise Wigand, est la seule qui convienne ; chez la femme assise ou debout, on distingue moins aisément les parties fœtales et l'on éprouve toujours, de la part des parois abdominales, surtout vers le bas, une certaine résistance qui gêne ou contrarie la manœuvre et qu'il vaut mieux éviter, en couchant la femme, que surmonter. Il importe, dans toute opération, même dans la plus simple, de ne pas se créer des difficultés. Mais un point bien plus important à préciser que celui de la position à donner à l'opérée, c'est le temps d'élection de l'opération. Wigand choisit le moment des douleurs et ajoute : « Une deuxième condition très importante, » pour que la version par la méthode externe soit *possible*

(1) *Du palper abdominal, etc.*, par M. Matteï. Paris, 1878, p. 65.

» et praticable, est la persistance des douleurs et des con-
» tractions utérines qui ne doivent être ni *trop faibles*, ni
» irrégulières, ni spasmodiques. »

Nous ne nions pas qu'on ne puisse réussir quelquefois à opérer la mutation de l'enfant pendant une douleur, lorsque la partie à ramener au détroit supérieur s'en trouve peu éloignée, et qu'il s'agit plutôt d'une présentation défectueuse que d'une présentation vicieuse proprement dite. Ces déviations légères, soit du sommet, soit du pelvis, se corrigent habituellement sans qu'il faille intervenir; l'axe fœtal est peu distant de l'axe utérin et, au moment d'une contraction, tête et siége glissent le long des plans inclinés, qui les reconduisent vers la ligne médiane. (*V.* fig. 1.) Lorsque la présentation est directement transversale, la contraction utérine a sur le fœtus un tout autre effet : elle le comprime, le tasse sur lui-même, et elle l'*immobilise*, parce qu'elle le soumet à deux forces contraires et directement opposées (*h* et *h'*), et il est évident, *a priori*, que ce n'est pas le moment, où il est ainsi fixé par le resserrement utérin, qu'il faut choisir pour essayer de le déplacer. Sans doute, l'enfant se place très rarement tout à fait en travers, le plus souvent, il est obliquement situé, une de ses extrémités se trouvant dans une fosse iliaque, l'autre dans l'hypochondre opposé. Or, dans ces cas, surtout si les eaux sont écoulées, l'utérus pendant la douleur se moule plus ou moins sur l'enfant, l'enchâtonne ou l'enkyste et forme système avec lui : le grand axe utérin, devenu oblique, exerce sur le grand axe fœtal des poussées contraires, directement opposées, et les manipulations externes pourront bien mouvoir fœtus et matrice en masse, mais non, ce que l'on cherche, changer leurs rapports réciproques. (*V.* fig. XIII.)

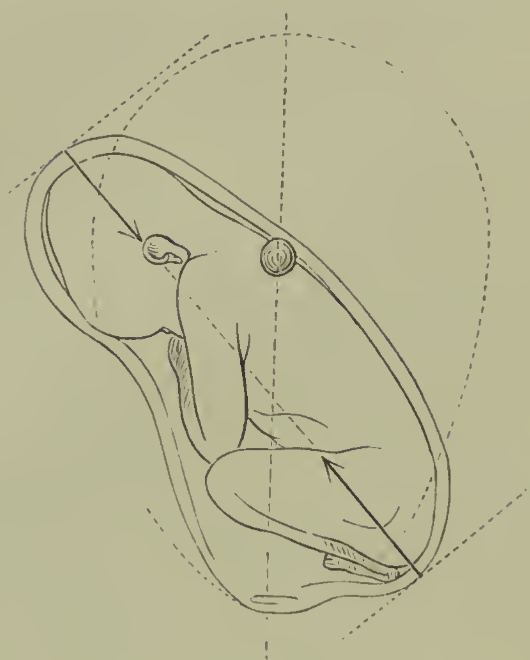


Fig. XIII.

Conseiller, comme le fait Wigand, d'agir pendant la douleur, et de choisir pour mouvoir l'enfant le moment où il est *le moins mobile*, est donc une erreur manifeste : n'est-ce pas comme si, pour réduire une hernie, il engageait pendant le taxis le malade à pousser de toutes ses forces?

A ces considérations théoriques, nous pourrions ajouter des exemples nombreux de faits où la mutation du fœtus, inutilement tentée pendant le resserrement utérin, réussissait sans peine dès que l'organe se détendait.

Indications. — Toutes les fois que le grand axe fœtal ne coïncide pas avec le grand axe utérin, il est indiqué d'amener cette coïncidence le plus tôt possible, pendant la grossesse de préférence, au moment du travail, au besoin. Et comme les manipulations extérieures et le décubitus rai-

sonné, ne présentent ni inconvénients, ni dangers, il faut les essayer.

Au moment du travail, on n'est autorisé à recourir aux ressources extrêmes, qu'à défaut de moyens plus doux; et à la version ordinaire — douloureuse et dangereuse pour la mère, et très meurtrière pour l'enfant — que si la version externe a échoué ou n'est plus praticable.

Les présentations *défectueuses* ou *déviées* du sommet et du siége, avons-nous dit, se corrigent ordinairement toutes seules; mais, comme cela n'est pas constant, et comme il faut peu de chose, en somme, pour qu'elles deviennent tout à fait vicieuses, il est prudent de leur opposer les moyens qui corrigent les présentations vicieuses proprement dites.

Contre-indications. — Comme nous allons le démontrer, *les contre-indications sont peu nombreuses*. D'après Wigand, « les autres conditions dans lesquelles la version par ma- » nœuvres externes ne doit être entreprise qu'avec une » extrême prudence, sont : les *hémorrhagies* des organes » génitaux; des *convulsions* ou des *syncopes réitérées;* des » *vomissements opiniâtres*; des *ruptures de la matrice* ou du » *vagin*; des *douleurs rhumatismales* ou une *inflammation de* » *la matrice*; un *décollement prématuré du placenta*, etc.

» *Contre-indications tirées du fœtus.* — La *première* con- » tre-indication de la version par manœuvres externes est la » *procidence du cordon;* la *deuxième* se trouve dans une » *grossesse gémellaire;* la *troisième* dans les *convulsions de* » *l'enfant*, l'*hydrocéphalie*, l'*ascite*, cas qui nécessitent, » sinon toujours, du moins ordinairement, la prompte » intervention de l'art. »

En 1874, M. Tarnier admettait encore toutes les circons-

tances, multipliées avec tant de profusion par le professeur allemand, comme autant d'empêchements dirimants à l'opération (1). C'est se priver à tort, selon nous, dans un grand nombre de cas difficiles, d'une ressource qui peut rendre d'excellents services et à laquelle nous attachons le plus grand prix.

Comme contre-indications à la version externe, nous n'admettons guère que les circonstances qui la rendent impossible. Ainsi, lorsque la déformation de la matrice, originelle ou accidentelle, est acquise et qu'il n'y a pas d'espoir de la corriger, il est inutile de tenter, même pendant la grossesse, une opération sans chances de succès. De même pendant le travail, si l'utérus est revenu trop fortement sur lui-même; s'il est spasmodiquement rétracté sur son contenu, il n'y a plus à essayer une opération qui suppose une mobilité que le fœtus a perdue. Nous ne conseillons pas les impossibilités.

Les *hémorrhagies*, le *décollement prématuré* ou l'*insertion vicieuse* du placenta, empêcheront peut-être qu'on fasse la version externe céphalique, mais non la podalique. Au contraire, on sera, après elle, à même de terminer rapidement et plus tôt l'accouchement, en tirant sur les pieds et la pression du siége contre les vaisseaux déchirés arrêtera, pour le moment du moins, l'écoulement du sang. (V. obs. VIII).

Les *convulsions*, les *syncopes*, les *vomissements* ne sont pas davantage des contre-indications. Supposons une femme éclamptique: redresser le fœtus mal placé est une des premières choses à faire, seulement c'est le siége qu'il faudra

(1) *Neuvième édition de Cazeaux.* Paris, 1874, p. 967.

amener de préférence, parce que sa présentation permet une intervention obstétricale plus hâtive et plus rapide.

Nous profiterions du relâchement musculaire dont s'accompagnent les *lypothymies* et les *vomissements*, pour opérer une rectification de présentation à tous égards désirable.

Les *douleurs rhumatismales* ou *inflammatoires* dispensent-elles de retourner un enfant qui présente l'épaule ? Elles commandent la plus grande prudence sans doute. Mais l'organe enflammé n'aura-t-il pas beaucoup moins à souffrir de pressions douces, exercées à travers une couche épaisse de tissus interposés, que du contact immédiat de la main introduite ?

Quant à la *péritonite*, c'est différent ; elle peut, à cause des douleurs et du météorisme, rendre le palper impossible et l'opération impraticable; mais la péritonite est rare avant l'accouchement !

Wigand a-t-il au moins eu raison de ranger, parmi les contre-indications de la version externe, les *ruptures de la matrice* et du *vagin ?* Oui et non. S'il s'agit d'une rupture complète avec passage du fœtus dans l'abdomen, assurément : il n'y a alors qu'à introduire la main et à aller, à travers la déchirure, chercher les pieds—ou à fendre la paroi abdominale. Mais, si le fœtus est encore dans la cavité utérine, qui ne voit, s'il faut faire une version, combien il est préférable de l'obtenir par des pressions extérieures, que par l'introduction d'une main très exposée à étendre les déchirures préexistantes ou à transformer en perforations les éraillures de tissu ?

Nous avons cité plusieurs exemples de version externe heureuse, dans des cas de procidence du cordon. Amener la tête après que l'anse funiculaire est réduite est, croyons-

nous, le moyen le plus sûr d'empêcher sa rechute. Il est des circonstances cependant où il vaut mieux amener le siége; mais ce n'est pas le lieu de les discuter, pas plus que d'examiner laquelle, de la version podalique ou de la céphalique, mérite la préférence dans certains rétrécissements du bassin.

La grossesse gémellaire empêche la version externe, mais non d'une manière absolue : nous croyons même qu'après la naissance du premier enfant, elle est ordinairement indiquée pour le second.

Les mouvements convulsifs de l'enfant peuvent avoir pour résultat de le rejeter violemment hors de l'axe utérin, et il ne faudrait renoncer à le ramener que si son replacement en bonne situation devait fatalement rappeler les accidents, ce qui n'est pas démontré.

D'autre part, nous croyons que les convulsions sont souvent l'expression symptomatique d'une gêne circulatoire causée par quelque circulaire du cordon. Or, on comprend que, dans certains cas, le changement de position imprimé au fœtus par des manipulations externes puisse avoir pour résultat de faire cesser les tiraillements subis par le cordon, de relâcher une circulaire trop serrée et, du même coup, de faire cesser le trouble circulatoire. Dans notre obs. XXIII, par exemple, si l'on avait été appelé avant la mort de l'enfant, on aurait vraisemblablement réussi à le sauver par la version podalique. En essayant d'abaisser la tête vers le col (Voir fig. IX, p. 113), mon père s'est bientôt aperçu qu'elle était retenue dans sa position vicieuse et a aussitôt soupçonné la nature de l'obstacle ; il ne s'est pas obstiné dans une manœuvre qui aurait eu pour résultat d'étrangler le fœtus s'il avait été encore vivant, ou de décoller le

placenta ; mais, changeant de tactique, il a fait remonter le crâne vers le placenta et il a relâché ainsi la striction du lien.

La thèse du professeur de Louvain : « les contre-indica-» tions de la version externe sont peu nombreuses, » se trouve donc complètement justifiée.

Avantages. — Les avantages de la version par manœuvres externes nous apparaissent comme si évidents et si incontestables, que nous croyons inutile de nous arrêter à les faire ressortir : nous nous bornerons donc à les énumérer.

Pendant le cours de *la gestation*, le redressement de la présentation vicieuse enlève à la femme les incommodités, les pressions insolites et les malaises dont elle souffrait jusque-là, pour rendre à la grossesse son évolution typique normale. Ce résultat heureux est obtenu sans douleurs, sans dangers et sans difficultés.

Au *moment de l'accouchement*, la version externe a le grand mérite de substituer, à une autre opération douloureuse et grave, la plus inoffensive des opérations.

En effet, la version classique, qu'elle doit prévenir ou remplacer, est souvent difficile et laborieuse *pour le praticien* — toujours douloureuse et dangereuse *pour la mère* : funeste à 10 2/5 femmes sur 100 d'après Rieke, à 11 1/5 d'après Hüter — très meurtrière *pour l'enfant*, puisque 53 sur 100 (Riecke), plus de 2 sur 3 (Hüter) y succombent !

La version par manœuvres externes, au contraire, ne cause à la mère ni frayeur, ni douleurs ; elle est exempte de tout danger et, à supposer qu'elle échoue, elle n'empire pas la situation et ne prive d'aucune ressource ; elle ne fait courir aucun danger, ni subir aucune violence à l'enfant ; elle n'est ni laborieuse, ni difficile à exécuter.

Tous les inconvénients étant d'un côté et tous les avantages de l'autre, on s'explique difficilement les hésitations et l'indifférence avec lesquelles la nouvelle méthode a été accueillie, aussi bien par les écoles officielles que par les praticiens. Peut-être Wigand, par des conseils qui la rendaient presque impossible, et par un luxe de contre-indications qui la rendaient presque inutile, a-t-il nui à la fortune de la version extérieure. Nous avons vu cependant qu'avec des règles plus simples, plus précises et plus pratiques, mon père n'est pas parvenu à se faire mieux écouter. Quoi qu'il en soit, si les idées qu'il a émises, en 1843, ont mis du temps — près de 40 ans — à faire leur chemin dans le monde, nous sommes heureux de constater aujourd'hui que l'heure semble enfin venue où l'on est disposé à les bien accueillir en théorie et à accepter en pratique, pour la mère et pour l'enfant, les bienfaits qu'elles procurent.

Manuel opératoire. — Nous emprunterons, au Mémoire de 1843, la description du manuel opératoire de la version externe. Nous n'avons rien d'important à y ajouter.

« Nous supposerons d'abord une position céphalo-iliaque gauche de l'épaule droite ou gauche. Après avoir mis les muscles abdominaux dans le relâchement, l'opérateur, placé à la gauche de la femme et le dos tourné vers le chevet du lit, appuiera de la main gauche sur la tumeur (la tête) qui occupe la fosse iliaque gauche, de manière à la refouler en bas et en dedans, vers le centre du bassin ; tandis que de l'autre main, il relèvera et reportera vers l'épigastre la tumeur (le pelvis) située dans le flanc droit ; l'action des mains sera combinée de telle façon que les deux extrémités de l'ovoïde fœtal, pressées en sens opposés, soient reportées vers la ligne médiane ; s'il survient une contraction, on

maintient les mains en place pour conserver l'effet obtenu, et l'on recommence la manipulation immédiatement après la douleur (1).

» Nous avons déjà dit que si le fœtus vient à remuer, on doit profiter de cette circonstance pour opérer son redressement ; c'est en effet le moment favorable, puisque le mouvement est alors donné, et qu'il ne s'agit que de le diriger ; or, l'existence des eaux dans lesquelles nage l'enfant, l'inclinaison, la lubréfaction des parois utérines, contre lesquelles il cherche un point d'appui, doivent rendre cette tâche facile. »

Il faut autant que possible opérer la mutation en fléchissant le fœtus sur son plan abdominal ou tout au moins sur un de ses flancs : en appuyant sur ses deux extrémités de manière à exagérer sa flexion ou son incurvation sur le ventre, on diminue la longueur de la tige céphalo-rachidienne et on facilite l'opération.

Il arrive quelquefois qu'après la douleur, la tête a repris

(1) « Si, continuait ici le mémoire, on a un aide intelligent à qui l'on puisse faire comprendre le but que l'on se propose, on le charge de repousser le pelvis en haut et en dedans ; tandis que, tourné vers la femme et assis sur le bord du lit, on introduit deux doigts de la main gauche dans le col, en même temps que, de la main droite, on presse sur la tête et la fait glisser vers le détroit supérieur. Les doigts introduits pourront aider prudemment la manœuvre, en refoulant en haut et à droite les régions du fœtus qui viendront correspondre au centre du bassin ; sinon ils serviront au moins à constater le résultat des tentatives. Ils devront ménager les membranes et ne pas violenter le col, car il ne faut s'exposer ni à rompre la poche des eaux, ni à provoquer des douleurs trop fortes ou trop fréquentes ; mieux vaudrait encore se priver de leur secours, qui d'ailleurs est d'une efficacité secondaire. » Nous supprimons ce passage qui n'a plus sa raison d'être. On a vu, dans les observations que nous avons rapportées, que mon père n'a presque jamais eu recours à l'introduction des doigts pour aider la manœuvre ; l'expérience lui avait bientôt appris que cette introduction présentait plus d'inconvénients que d'utilité. Cette manière d'agir, à la fois *intus et extrà*, a été réinventée depuis 1845 et est connue aujourd'hui sous le nom de *méthode de Braxton Hickx*.

sa situation première; d'autres fois, pendant la manœuvre même, elle glisse en arrière et échappe aux doigts qui veulent la déplacer. Mon père, dans ces cas, renouvelait aussitôt ses tentatives et, si elles échouaient encore trois ou quatre fois, il y renonçait momentanément, mais pour y revenir un peu plus tard avec l'espoir de rencontrer des circonstances plus heureuses. Il s'est souvent trouvé bien de provoquer quelques mouvements actifs, ou de lâcher la tête pour agir sur le pelvis. Ces moyens ont en effet souvent pour effet de débloquer le fœtus, ou tout au moins de mobiliser la tête et de la rendre plus accessible aux doigts. On est parfois étonné de la facilité avec laquelle on réussit tout à coup, lorsque deux ou trois tentatives déjà étaient restées sans résultat. On ne doit donc pas se décourager, ni abandonner trop tôt une partie qu'un peu de patience et de persévérance aurait gagnée.

« Il arrive parfois que la tête est ramenée au centre du bassin, mais dans une situation un peu défectueuse, c'est-à-dire qu'au lieu du vertex elle présente la nuque, le front ou l'une de ses régions latérales; on doit chercher à la redresser complètement; toutefois si l'on n'atteignait pas ce dernier but, il ne faudrait pas trop s'en inquiéter, attendu que les efforts de l'organisme suffisent le plus souvent pour corriger ces légères déviations et que, d'après P. Dubois, ces présentations, quoique irrégulières, ne doivent pas cesser d'être considérées comme naturelles. Les tentatives seront toutefois plus ou moins opiniâtres, selon que la femme est primipare ou pluripare, selon que le bassin est plus ou moins large, les parties molles plus ou moins souples et la déviation plus ou moins considérable, etc.

» Les mêmes moyens qui ont servi à constater le vice de présentation, et surtout le toucher, serviront aussi à reconnaître si le but est atteint.

» Il est aisé de se figurer les légères modifications à apporter à la manœuvre, lorsque, au lieu d'occuper la la fosse iliaque gauche, la tête se trouve dans la fosse iliaque droite, ou bien lorsqu'au lieu du crâne, c'est le pelvis qu'on rencontre dans l'une des fosses iliaques. Le but est le même dans les deux cas.

» Moyens contentifs. — Pour empêcher la reproduction du mal, on peut recourir à différents moyens :

» 1° L'accoucheur ou un aide tiendra les mains en place pendant quelques douleurs ;

» 2° On recommandera à la femme de rester couchée sur le côté gauche, si l'extrémité de l'ovoïde fœtal que l'on a ramenée vers l'épigastre était d'abord déviée à droite et *vice versâ* ;

» 3° Un bandage de corps, qu'il convient de passer sous les reins de la femme avant la manœuvre, remplacera ensuite l'action des mains. Voici comment on peut composer cet appareil : une pelote du volume du poing est appliquée sur la région iliaque, un peu en dehors du point où se trouvait d'abord le crâne ou le pelvis ; une grosse compresse, plus épaisse supérieurement, est placée de l'autre côté, le long du bord de l'utérus ; alors on rapproche les deux chefs du bandage de corps placé sous les reins, on les serre fortement, on les coud solidement ensemble et même, si l'on veut, avec la pelote et la compresse sous-jacentes. »

Tout récemment, M. Pinard a fait construire, par M. Mathieu, une ceinture d'une application plus facile que le

bandage, mais non d'une action plus précise. Elle a l'inconvénient de coûter assez cher. L'inventeur nous semble demander trop à son appareil contentif, il veut qu'il force la tête et le segment inférieur de la matrice à plonger dans l'excavation : « Quand, dit-il, chez une femme enceinte de » huit mois, la tête n'est pas engagée dans l'excavation » pelvienne, la ceinture doit être appliquée... bien que la » tête soit en bas ». Nous estimons qu'une compression capable d'effectuer cet engagement, chez la femme, où il ne se produit pas spontanément, présente plus d'inconvénients que d'avantages ; pareil abaissement exige une pression de haut en bas, dangereuse et, dans tous les cas, inutile, car une pression latérale, inoffensive, en empêchant l'élargissement de l'utérus et en le forçant à se tenir droit, empêche aussi que la tête s'écarte du détroit supérieur, en attendant que le travail se déclare et l'y enfonce.

« 4° On surveillera attentivement la marche du travail, et on s'assurera fréquemment si le vice de présentation ne se reproduit plus ; si l'on observait quelque tendance à cette reproduction, il faudrait y parer, soit par l'action des mains, soit par la rupture des membranes, soit par le seigle ergoté. Mais nous avons fait remarquer déjà qu'il faut une force assez considérable pour déplacer le fœtus en totalité, lorsqu'une fois l'une de ses extrémités répond au centre du détroit abdominal ; nous croyons donc que, dans la grande majorité des cas, les simples précautions que nous venons d'indiquer suffiront pour le retenir dans sa nouvelle position, et qu'il ne faut pas trop se presser de recourir à la rupture de la poche des eaux ou au seigle ergoté. Du reste, le praticien instruit saura tenir compte des circonstances du travail et se régler d'après elles. La

femme a-t-elle eu plusieurs accouchements prompts, la dilatation et la souplesse du col donnent-elles l'assurance que cet organe n'opposera que peu de résistance, les douleurs sont-elles franches, la position est-elle tout à fait favorable, d'une autre part, l'abondance des eaux, l'élévation du fœtus font-elles redouter un nouveau déplacement? oh! alors il faut rompre les membranes largement et sans crainte.

» Dans les circonstances contraires, on s'abstiendra. Dans les cas mixtes, c'est-à-dire quand quelques-unes de ces conditions existent et que d'autres manquent, on met en balance d'une part les craintes plus ou moins fondées d'un déplacement ultérieur, d'autre part, les inconvénients plus ou moins graves de la rupture artificielle des membranes.

» Quant au seigle ergoté, nous n'y avons recours que quand l'état des choses nous permet de croire qu'une heure de douleurs, telle que les provoque ce médicament, suffira pour l'expulsion du fœtus : c'est dire qu'il sera rarement indiqué dans le cas supposé. »

Dans une seule de nos observations, la poudre excitante a été employée, et peut-être eût-il mieux valu encore s'en passer. Il faut d'autant plus se méfier de l'ergot, après la version extérieure, qu'une matrice, qui a été quelque temps déformée par une présentation anormale, conserve une tendance marquée aux contractions irrégulières ou spasmodiques.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.